

## UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 29 grudnia 2022 r. Sąd Rejonowy dla Łodzi - Śródmieścia w Łodzi X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w sprawie X U upr 109/22 z odwołania M. N. przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych I Oddziałowi w Ł. w związku z odwołaniem od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddziału w Ł.: z dnia 23 grudnia 2021 roku numer sprawy (...), z dnia 24 lutego 2022 roku numer sprawy (...), z dnia 11 marca 2022 roku numer sprawy (...), z dnia 12 maja 2022 roku numer sprawy (...) o zasiłek chorobowy oddalił odwołania.

Powyższe orzeczenie zapadło w oparciu o następujące ustalenia faktyczne:

Wnioskodawca M. N. prowadzi działalność gospodarczą i z tego tytułu objęty jest ubezpieczeniem chorobowym.

Wnioskodawca na nadciśnienie tętnicze leczy się od 2010 roku. Ponadto od kilku lat leczy się na schorzenia dotyczące kręgosłupa i barków.

W 2013 roku wnioskodawca ubiegał się o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy. Decyzją z 29 lipca 2013 roku ZUS odmówił wnioskodawcy przyznania renty z uwagi na brak stwierdzenia niezdolności do pracy, nadto w 10-leciu przypadającym przed złożeniem wniosku o rentę wnioskodawca nie udowodnił żadnego okresu ubezpieczenia. W 2015 roku wnioskodawca ponownie wystąpił o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy. Wniosek ten został załatwiony odmownie. Aktualnie wnioskodawca zamierza ponownie występować z wnioskiem o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy.

Wnioskodawca od 2018 roku przebywał na długotrwałych zwolnieniach lekarskich wystawianych z powodu następujących chorób:

- od 8 maja 2018 roku do 5 listopada 2018 roku z numerem statystycznym choroby M75 (uszkodzenia barku). Po wyczerpaniu okresu zasiłkowego w okresie od 6 listopada 2018 roku do 4 stycznia 2019 roku miał przyznane świadczenie rehabilitacyjne;

- po przerwie wynoszącej 66 dni

- od 11 marca 2019 roku do 8 września 2019 roku (182 dni) z numerem statystycznym choroby G54 (zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych);

- po przerwie wynoszącej 26 dni

- od 5 października 2019 roku do 6 marca 2020 roku (154 dni) z numerem statystycznym choroby J20 (ostre zapalenie oskrzeli);

- po przerwie wynoszącej 6 dni

- od 13 marca 2020 roku do 10 września 2020 roku (182 dni) z numerem statystycznym choroby M47 (zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa);

- po przerwie wynoszącej 29 dni

- od 10 października 2020 roku do 9 kwietnia 2021 roku (182 dni) z numerem statystycznym choroby I10 (nadciśnienie tętnicze);

- po przerwie wynoszącej 4 dni

- od 14 kwietnia 2021 roku do 12 października 2021 roku (182 dni) z numerem statystycznym choroby G54 (zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych);

- po przerwie wynoszącej 5 dni

- od 18 października 2021 roku do 31 marca 2022 roku i do 2 kwietnia 2022 roku do 6 maja 2022 roku (200 dni) z numerem statystycznym choroby I10 (nadciśnienie tętnicze);

- po przerwie wynoszącej 62 dni

- od 8 lipca 2022 roku do 30 listopada 2022 roku z numerem statystycznym choroby G54 (zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych).

Badaniem przeprowadzonym w dniu 12 sierpnia 2022 roku u wnioskodawcy stwierdzono: nadciśnienie tętnicze odporne (od 33 roku życia) i chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa z okresowym zespołem bólowym.

Z punktu widzenia biegłego z zakresu chorób wewnętrznych i kardiologii wnioskodawca w okresie od 13 października 2021 roku do 17 października 2021 roku nie odzyskał zdolności do pracy. Niezdolność do pracy w tym okresie była spowodowana tą samą chorobą co niezdolność do pracy w okresie wcześniejszym i późniejszym, to jest występowało nakładanie się schorzeń. Głównie powodem niezdolności do pracy było nadciśnienie tętnicze oraz zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych. Schorzenia te mają u wnioskodawcy charakter wybitnie przewlekły, nadto występowały z wybitnym nasileniem, gdyż powodowały niezdolność do pracy przez wiele miesięcy.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dokumentów znajdujących się w aktach rentowych i załączonych do akt sprawy oraz opinii biegłego lekarza w zakresie chorób wewnętrznych i kardiologii.

Oceniając dowód z opinii biegłego lekarza Sąd miał na uwadze, że opinia została wydana przez biegłego o specjalizacji medycznej właściwej dla schorzeń ubezpieczonego, po zapoznaniu się z całością przedstawionej dokumentacji lekarskiej i bezpośrednim badaniu wnioskodawcy. Opinia jest kompletna, nie zawiera żadnych wad dyskwalifikujących jako dowód w sprawie, dlatego też w ocenie Sądu opinię należało przyjąć za podstawę czynionych ustaleń faktycznych. Należy podkreślić, że opinia została doręczona obydwu stronom - żadna ze stron zastrzeżeń do opinii biegłych nie zgłosiła, nie wносиła także o uzupełnienie opinii.

Zgłoszony przez wnioskodawcę wniosek o przeprowadzenie dowodu z zeznań świadka M. R. (lekarza chorób wewnętrznych, pod którego opieką lekarską pozostaje wnioskodawca) podlegał pominięciu, jako że powołany w sprawie biegły wydał swoją opinię w oparciu o dostępną dokumentację leczenia, a także wyniki badania przedmiotowego wnioskodawcy i uzyskany od niego wywiad. Słuchanie zatem świadka na okoliczność stanu zdrowia wnioskodawcy należy ocenić jako zbędne i tylko przedłużające postępowanie przede wszystkim dlatego, że informacje te były już analizowane przez biegłego, ale też i dlatego, że w przedmiocie oceny stanu zdrowia wnioskodawcy mógł się ostatecznie wypowiedzieć tylko biegły lekarz dysponujący wiadomościami specjalnymi. Dowód z opinii biegłego z uwagi właśnie na składnik w postaci wiadomości specjalnych jest dowodem tego rodzaju, iż nie może być zastąpiony żadną inną czynnością dowodową /por. wyrok Sądu Najwyższego z 1999-11-24, I CKN 223/98, opubl: Wokanda rok 2000, Nr 3, str. 7/.

W oparciu o poczynione ustalenia, Sąd Rejonowy uznał, że odwołania nie zasługiwały na uwzględnienie.

Sąd wskazał, że zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tj. Dz. U. z 2022 roku, poz. 1732, ze zm.) zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu przez okres trwania niezdolności do pracy z powodu choroby, nie dłużej jednak niż 182 dni, a jeżeli niezdolność do pracy została spowodowana gruźlicą lub występuje w trakcie ciąży - nie dłużej niż przez 270 dni.

Na podstawie 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.

W myśl ust. 2 art. 9, w brzmieniu obowiązującym do 31 grudnia 2021 roku, 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.

Powyzsza regulacja oznacza, że do okresu zasiłkowego wlicza się wszystkie okresy nieprzerwanej niezdolności do pracy bez względu na rodzaj choroby będącej ich podstawą. Natomiast w przypadku występowania przerw pomiędzy poszczególnymi okresami niezdolności do pracy do okresu zasiłkowego wlicza się także okresy poprzedniej niezdolności do pracy, jeżeli spowodowane są tą samą chorobą a przerwa pomiędzy ustaniem poprzedniej a powstaniem ponownej niezdolności do pracy nie przekraczała 60 dni.

Przez określenie "nieprzerwana niezdolność do pracy" 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).

Sąd przy tym podkreślił, 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.

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).

Sąd wskazał, że w przedmiotowej sprawie, z zestawienia zwolnień lekarskich wynika, że wnioskodawca co najmniej od 2018 roku pozostaje niezdolny do pracy w powodu chorób oznaczonych kodami G54, M47/M45 i 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 ma miejsce niedługa przerwa i ponowna nieprzerwana niezdolność przez cały okres zasiłkowy z powodu innej choroby. I tak w okresie od 8 maja 2018 roku 4 stycznia 2019 roku (w tym okres pobierania świadczenie rehabilitacyjnego) była to choroba z kodem M75, po przerwie wynoszącej 66 dni choroba z kodem G54 (przez 182 dni), po przerwie wynoszącej 26 dni choroba z kodem J20 (przez 154 dni), po przerwie wynoszącej 6 dni choroba z kodem M47 (przez 182 dni), po przerwie wynoszącej 29 dni choroba z kodem I10 (przez 182 dni), po przerwie wynoszącej 4 dni choroba z kodem G54 (przez 182 dni), po przerwie wynoszącej 5 dni ma miejsce sporny okres choroby z kodem I10 (w okresie od 18 października 2021 roku do 31 marca 2022 roku i do 2 kwietnia 2022 roku do 6 maja 2022 roku). Po przerwie wynoszącej 62 dni wnioskodawca ponownie stał się niezdolny do pracy z kodem G54.

Analiza dokonana przez biegłego, także w ujęciu wcześniejszych zwolnień lekarskich, doprowadziła biegłego do wniosku, że wnioskodawca choruje przewlekle od lat na dwa rodzaje głównych schorzeń: dolegliwości bólowe kręgosłupa i nadciśnienie tętnicze. Schorzenia te współistnieją, mają wybitnie przewlekły charakter i powodują naprzemiennie niezdolność do pracy. Biegły stanowczo stwierdził, że wnioskodawca w okresie przerwy od 13 października 2021 roku do 17 października 2021 roku nie odzyskał zdolności do pracy. Powyższe oznacza, że okres zasiłkowy 182 dni wnioskodawca wykorzystał z dniem 12 października 2021 roku, a niezdolności trwającej od 18 października 2021 roku nie sposób ustalać w ramach nowego okresu zasiłkowego. Z przyczyn wskazanych w ocenie materiału dowodowego, Sąd nie znalazł podstaw do zakwestionowania opinii biegłego i w rezultacie na jej wnioskach oparł swoje rozstrzygnięcie.

Zdaniem Sądu należało odmówić wnioskodawcy prawa do zasiłku chorobowego za okres sporny z powodu wyczerpania okresu zasiłkowego z dniem 12 października 2021 roku. Wniosek ten jest uzasadniony tym, iż wnioskodawca nie odzyskał zdolności do pracy w okresie od 13 października 2021 roku do 17 października 2021 roku, a zatem nieprzerwany okres niezdolności do pracy, nakazuje jego wliczenie do jednego okresu zasiłkowego, bez względu na rodzaj choroby powodującej niezdolność do pracy.

Sąd podkreślił, iż celem zasiłku chorobowego jest zapewnienie niezdolnemu do pracy przemijająco 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 orzekł jak w sentencji wyroku na podstawie art. 477<sup>14</sup> § 1 k. p. c.

Powyższe orzeczenie zaskarżył w całości pełnomocnik M. N.

Zaskarżonemu wyrokowi zarzucono:

- obrazę przepisów prawa materialnego, a mianowicie art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1732 z późn. zm.) w zw. z art. 9 ust. 1 i 2 ustawy zasiłkowej w brzemieniu przed 1 stycznia 2022 roku poprzez ich błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie polegające na przyjęciu, że w przypadku osób chorych przewlekle, którzy uprzednio korzystali ze zwolnienia lekarskiego w związku z jednostką chorobową o takim charakterze, nie nabędą oni prawa do zasiłku chorobowego, pomimo przerwy w korzystaniu ze zwolnień lekarskich, jeżeli kolejne zwolnienie będzie dotyczyło co prawda innej choroby, ale również o przewlekłym charakterze - tak jest w przypadku wnioskodawcy, który z powodu choroby opisanej jednostką 110 (nadciśnienie tętnicze) korzystał ze zwolnienia lekarskiego do dnia 9 kwietnia 2021 roku, a kolejny raz z uwagi na to samo chorzenie (110) otrzymał zwolnienie lekarskie dopiero 18 października 2021 roku. tj. po 192 dniach (a zgodnie z art. 9 ust. 2 ustawy zasiłkowej przerwa pomiędzy ustaniem poprzedniej a powstaniem ponownej niezdolności do pracy w związku z tą samą chorobą powinna przekraczać 60 dni, aby ubezpieczony nabył ponownie prawo do zasiłku), a mimo to przyjmuje się, że jest to „kontynuacja” tej choroby lub, że jej nawrót miał nastąpić wcześniej niż wynika z zaświadczenia lekarskiego;

- obrazę przepisów prawa procesowego, która miała istotny wpływ na treść wyroku, a mianowicie:

- art. 235<sup>2</sup> § 1 pkt 2 i 5 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c., art. 232 k.p.c., art. 278 § 1 k.p.c. oraz art. 286 k.p.c. poprzez pominięcie powodu z przesłuchania świadka M. R., który to dowód został zgłoszony prawidłowo przez wnioskodawcę i zmierzał do ustalenia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy (w tym dokonania właściwej oceny dowodu z opinii biegłego) - w taki sposób wnioskodawca wyrażał swoje zastrzeżenia do opinii biegłego, która nie odnosiła się zupełnie do treści zaświadczenia lekarskiego, które lekarz M. R. wystawił w dniu 23 listopada 2021 roku, w którym wprost w skazał, że w jego ocenie (jako lekarza opiekującego się na stałe wnioskodawcą i znającego najlepiej historię jego choroby) wnioskodawca odzyskał zdolność do pracy po dniu 12 października 2021 roku;

- art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. i art. 286 k.p.c. w zw. z art. 232 zd. 2 k.p.c. poprzez ich niezastosowanie i błędną, niewszechstronną ocenę dowodów zgromadzonych w sprawie, tj. w szczególności dowodu z opinii biegłego i pominięcie przy dokonywaniu tej oceny dokumentu w postaci zaświadczenia wystawionego przez lekarza M. R. w dniu 23 listopada 2021 roku, z którego wprost wynikają przeciwne do treści opinii wnioski - ani biegły, ani Sąd nie wyjaśniają tej sprzeczności, a ta winna w ostateczności doprowadzić do dopuszczenia przez Sąd z urzędu dowodu z uzupełniającej opinii biegłego, który wytłumaczyłby jak należy rozumieć tę sprzeczność oraz czy opinię biegłego należy rozumieć tak, że wnioskodawca jest osobą stale niezdolną do pracy (skoro po okresie 192 dni, kiedy wnioskodawca nie korzystał ze zwolnienia lekarskiego w związku z chorobą nadciśnienia tętniczego, biegły stwierdza, że dolegliwości związane z tą chorobą nadal się utrzymują; ewentualnie biegły powinien wyjaśnić na jakiej podstawie przyjął, że nasilenie choroby nadciśnienia tętniczego wystąpiło w okresie poprzedzającym 18 października 2021 roku);

- art. 5 k.p.c. i art. 156<sup>1</sup> k.p.c. poprzez ich niezastosowanie i zaniechanie pouczenia strony działającej bez fachowego pełnomocnika o możliwości złożenia dodatkowych wniosków dowodowych, a przynajmniej, po oddaleniu wniosku dowodowego wnioskodawcy, pouczenia go o prawdopodobnym wyniku sprawy w świetle zgłoszonych do tej chwili twierdzeń i dowodów - w ocenie pełnomocnika twierdzenia i stanowisko wnioskodawcy były zrozumiałe dla Sądu, który zdawał sobie sprawę także z tego, że podejmowane przez wnioskodawcę czynności okazały się niewystarczające dla wydania korzystnego dla niego rozstrzygnięcia; to winno doprowadzić do zastosowania wskazanych przepisów i pouczenia wnioskodawcy o możliwości podjęcia innych czynności dowodowych;

- błąd w ustaleniach faktycznych, który miał istotny wpływ na treść wyroku (decyzje procesowe Sądu), a mianowicie przyjęcie, że wnioskodawca nie zgłaszał zastrzeżeń do opinii biegłego - w tym zakresie Sąd winien przyjąć, że o zgłoszeniu zastrzeżeń do opinii świadczy złożony przez wnioskodawcę wniosek dowodowy o przesłuchanie lekarza M. R.; wniosek o przesłuchanie tego świadka wnioskodawca złożył po otrzymaniu odpisu opinii biegłego i w ten sposób, samodzielnie nie potrafiąc ustosunkować się do jej treści (dokumentu zawierającego informacje specjalne), próbował skonfrontować wnioski biegłego ze stanowiskiem lekarza, który najlepiej zna przebieg jego choroby i tym samym

„całościowo naświetlić W. Sądowi sytuację” (cytat z pisma wnioskodawcy); to było uzasadnione w świetle dokumentu, którym dysponował wnioskodawca, tj. zaświadczenia lekarskiego z dnia 23 listopada 2021 roku.

W związku z powyższym pełnomocnik wnioskodawcy wniósł o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodów z dokumentu w postaci zaświadczenia lekarskiego z dnia 23 listopada 2021 roku (dokument ten powinien być w aktach sprawy - wnioskodawca powoływał się na niego w odwołaniu i jego odpis składał do akt ZUS) oraz uzupełniające przesłuchanie wnioskodawcy na fakty stanu jego zdrowia w dacie wystawiania spornych zaświadczeń, różnic w chorobach, na które cierpi wnioskodawca (w tym różnych powodów jego złego stanu zdrowia i samopoczucia), a także dowodu z uzupełniającej opinii biegłego, który wyjaśni sprzeczność pomiędzy treścią opinii a zaświadczenia lekarskiego z dnia 23 listopada 2021 roku oraz wskaże w jaki sposób ustalił, że dolegliwości kardiologiczne i neurologiczne, które dotyczą wnioskodawcy nakładały się w dniach 12-18 października 2021 roku. Pełnomocnik wskazał, że wnioskodawca działając samodzielnie w postępowaniu próbował zwrócić uwagę Sądu na te okoliczności, które następnie nie zostały prawidłowo ocenione.

Mając powyższe na uwadze pełnomocnik skarżącego wniósł o:

- rozpoznanie apelacji na rozprawie,
- zmianę zaskarżonego wyroku i uwzględnienie odwołań wniesionych w sprawie poprzez ustalenie, że wnioskodawcy przysługuje prawo do zasiłku chorobowego za sporne okresy;
- zasądzenie od pozwanego na rzecz wnioskodawcy kosztów procesu wywołanych wniesieniem apelacji, w tym kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym wg norm przepisanych.

W odpowiedzi na apelację pełnomocnik organu rentowego wniósł o jej oddalenie.

Sąd Okręgowy w Łodzi, rozpoznając apelację wnioskodawcy zważył, co następuje:

Apelacja jako bezzasadna podlegała oddaleniu.

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

Celem wyjaśnienia spornej kwestii, Sąd I instancji przeprowadził właściwe postępowanie dowodowe. Dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych, w oparciu o które wysnuł trafne wnioski.

Zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. 2022 poz. 1732) zasiłek chorobowy 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. 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 Ustawy).

Przepis art. 233 § 1 k.p.c. stanowi, iż Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów, według własnego przekonania na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału.

Zgodnie z zaś 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.). Niemniej jednak polemika z opinią biegłego nie uzasadnia zarzutu naruszenia art. 233 § 1 kpc (wyrok SN z 2002-01-09 II UKN 708/00 L.). Dla obalenia twierdzeń biegłego specjalisty nie wystarcza bowiem 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).

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

Sposób motywowania oraz stopień stanowczości wniosków wyrażonych w opinii biegłych jest jednym z podstawowych kryteriów oceny dokonywanej przez Sąd, niezależnie od kryteriów zgodności z zasadami wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego oraz podstaw teoretycznych opinii (tak w postanowieniu Sądu Najwyższego z dnia 27 listopada 2000 roku, I CKN 1170/98, OSNC 2001 nr 4 poz. 84). 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).

Sąd nie jest obowiązany dążyć do sytuacji, aby opinia biegłego (biegłych) przekonała strony sporu. Wystarczy, że opinia jest przekonująca dla sądu, który wiążąco ocenia, czy biegły wyjaśnił wątpliwości zgłoszone przez stronę. Sąd nie może też zająć stanowiska odmiennego co do stanu zdrowia wnioskodawcy, na podstawie własnej oceny stanu faktycznego, innej niż wyrażona w opiniach biegłych. (por wyroku Sądu Najwyższego z dnia 13 października 1987 roku, II URN 228/87, (...) Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 4 lipca 2018 r. III AUa 1328/17 Legalis numer 1824314).

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.).

Samo niezadowolenie strony z oceny przedstawionej przez biegłych nie uzasadnia potrzeby dopuszczenia przez sąd dowodu z opinii innych biegłych (wyr. SN z 6.10.2009 r., II UK 47/09, L.). Zwraca na to także uwagę Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 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. Granicę obowiązku prowadzenia przez sąd postępowania dowodowego wyznacza podlegająca kontroli instancyjnej ocena, czy dostatecznie wyjaśniono sporne okoliczności sprawy (wyr. SN z 25.9.1997 r., II UKN 271/97, OSNP 1998, Nr 14, poz. 430).

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.).

Sąd Okręgowy zważył, że wnioski zawarte w opinii sporządzonej przez biegłego sądowego z zakresu chorób wewnętrznych i kardiologii były logicznie i trafnie skonstruowane oraz tworzyły spójną całość, gdyż były poparte zgromadzoną dokumentacją medyczną skarżącego, wynikami badań, a nadto biegły wydał opinię w oparciu o uzyskany od niego wywiad. Ze sporządzonej opinii wynikają jednoznacznie wyprowadzone wnioski, które w ocenie Sądu Okręgowego były trafne w kontekście oceny stanu zdrowia badanego. Co istotne, należy podkreślić, że

ubezpieczony nie wnosił zarzutów do opinii, która była dla niego niekorzystna na etapie postępowania sądowego w I instancji. Wprawdzie skarżący wnosił o przesłuchanie w charakterze świadka M. R. tj. lekarza chorób wewnętrznych pod którego opieką lekarską pozostaje wnioskodawca, to jednak rację ma Sąd Rejonowy, że tego rodzaju dowód nie może zastępować dowodu z opinii biegłego dysponującego wiadomościami specjalnymi.

W tym miejscu wskazać należy, że na podstawie art. 232 k.p.c. strony mają obowiązek wskazywania dowodów dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne, a w myśl zdania drugiego tego przepisu sąd może dopuścić dowód nie wskazany przez stronę. Skorzystanie przez sąd z tej możliwości jest właściwe wówczas, gdy uzna on rezultaty dotychczasowego postępowania za niewystarczające dla wyjaśnienia sprawy, zaś strona nie potrafi sformułować stosownego wniosku dowodowego. Z kolei zgodnie z art. 241 k.p.c. sąd orzekający może zarządzić powtórzenie lub uzupełnienie postępowania dowodowego. Potrzeba uzupełnienia postępowania dowodowego jest celowa w przypadku zgłoszenia przez stronę nowych dowodów i twierdzeń bądź niedostateczności zebranego materiału dowodowego. W rozumieniu art. 381 k.p.c., sąd drugiej instancji może pominąć nowe fakty i dowody, jeżeli strona mogła je powołać w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji, chyba że potrzeba powołania się wynika później.

W tym miejscu wskazać należy, że postępowanie apelacyjne, pomimo swojego charakteru rozpoznawczego, jest przede wszystkim postępowaniem kontrolnym. Sąd odwoławczy dopuszcza kolejne dowody tylko w przypadkach wyjątkowych, a mianowicie, kiedy potrzeba ich powołania zaistnieje później, a strona wykaże, że nie miała możliwości zgłoszenia danych dowodów w postępowaniu przed sądem I instancji. Potrzeba powołania nowych faktów i dowodów powinna być następstwem zmienionych okoliczności sprawy, które są niezależne od zapadłego rozstrzygnięcia pochodzącego od sądu pierwszej instancji albo otwarcia się możliwości dowodzenia okoliczności faktycznych wcześniej niemożliwych do wykazania z przyczyn obiektywnych. Strona, która dopuszcza się zaniedbania w zakresie przysługującej jej inicjatywy dowodowej w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji, musi się liczyć z tym, że sąd drugiej instancji jej wniosku dowodowego nie uwzględni (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 1 grudnia 2015 r., sygn. akt III AUa 213/15).

W ocenie Sądu II instancji potrzeba dopuszczenia i przeprowadzenia dowodu z dokumentu w postaci zaświadczenia lekarskiego z dnia 23 listopada 2021 r., uzupełniającego przesłuchania wnioskodawcy oraz dowodu z uzupełniającej opinii biegłego sądowego nie wyniknęła później, a skarżący nie zgłosił jakichkolwiek zarzutów względem sporządzonej opinii przez biegłego sądowego z zakresu chorób wewnętrznych i kardiologii. Także treść zaświadczenia lekarskiego z dnia 23 listopada 2021 r. w żaden sposób nie rzutowała na wydaną w sprawie opinię biegłego. Z uwagi zatem na powyższe Sąd Okręgowy pominął wnioski dowodowe zawarte w apelacji jako zbędne i zmierzające wyłącznie do przedłużenia postępowania.

W odniesieniu zaś do podniesionego przez stronę skarżącą naruszenia przez Sąd dyspozycji

art. 5 k.p.c. i art. 156<sup>1</sup> k.p.c. wskazać należy, że okoliczność, że wnioskodawca występował bez fachowego pełnomocnika nie może podważyć treści wydanego orzeczenia. Wnioskodawca mógł bowiem zgłosić swoje procesowe racje lub zastrzeżenia, gdyby czegoś nie rozumiał. Sąd dokonuje pouczeń wobec strony występującej w procesie bez prawnika tylko wtedy gdy stwierdzi nieporadność strony. Oceny takiej dokonuje się pierwszej kolejności na podstawie stanowiska zawartego w pismach procesowych kierowanych do sądu. Z analizy pism wnioskodawcy oraz składanych przed Sądem I instancji wyjaśnień nie wynika nieporadność bądź brak zrozumienia celu dla którego odwołał się od decyzji ZUS.

Mając powyższe na uwadze uznać należy, że nie doszło do naruszenia przez Sąd I instancji ani przepisów prawa procesowego ani prawa materialnego. Poczynione w sprawie ustalenia faktyczne oraz dokonana ocena zebranego w sprawie materiału dowodowego była prawidłowa. W ocenie Sądu Okręgowego, Sąd Rejonowy, badając poprawność zaskarżonej decyzji dokonał prawidłowej interpretacji przepisów ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Rozumowanie Sądu pierwszej instancji było logiczne i spójne, a poczynione ustalenia i wysnute wnioski w pełni poprawne i rzetelne. Z tych też względów brak jest podstaw do zmiany zaskarżonego wyroku.



Biorąc powyższe pod uwagę, Sąd Okręgowy na podstawie art. 385 kpc oddalił apelację strony skarżącej jako bezzasadną.

/Sędzia Jacek Chrostek/