

Sygn. akt: XU-484/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 25 września 2014r.

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

Przewodniczący: SSR Barbara Bonczar

Protokolant: Grażyna Mazurkiewicz

po rozpoznaniu na posiedzeniu jawnym w dniu 25 września 2014r. we Wrocławiu

sprawy z odwołania **J. S.**

od decyzji Z. U. S. Oddział we W.

z dnia 23 maja 2013r. znak: (...)

w sprawie **J. S.**

przeciwko Z. U. S. Oddział we W.

o zasiłek chorobowy

oddala odwołanie.

Sygn. akt X U 484/13

UZASADNIENIE

Ubezpieczony, J. S., wniósł odwołanie od decyzji organu rentowego, Z. U. S. Oddział we W., z dnia 23 maja 2013 r. znak (...) obniżającej mu o 25 % wysokość zasiłku chorobowego przysługującego za dzień 27 kwietnia 2013 r. oraz odmawiającej mu prawa do zasiłku chorobowego za okres od 14 maja 2013 r. do 18 maja 2013 r. i domagał się jej zmiany poprzez przyznanie mu prawa do zasiłku chorobowego za okres niezdolności do pracy od dnia 14 maja 2013 r. do 18 maja 2013 r.

W uzasadnieniu odwołania ubezpieczony podniósł iż wobec treści zaświadczenia lekarskiego wydanego na okres od 20 kwietnia 2013 r. do 18 maja 2013 r. poza sporem pozostaje fakt niezdolności do pracy. Jednocześnie wskazał, iż pismo wzywające go na badania lekarskie na dzień 13 maja 2013 r. odebrał w dniu 20 maja 2013 r. przez co nie był w stanie stawić się na wyznaczony termin celem przeprowadzenia badań i wydana decyzja jest dla niego krzywdząca (k. 3-v. 3).

*

W odpowiedzi na odwołanie, organ rentowy wniósł o jego oddalenie z uwagi na brak podstaw prawnych do jego uwzględnienia.

W uzasadnieniu swojego stanowiska organ rentowy zarzucił, iż z posiadanej dokumentacji wynika, że zaświadczenie lekarskie seria BH numer (...) na okres od dnia 20.04.2013 r. do dnia 18.05.2013 r. wystawione zostało w dniu 19.04.2013 r. i zostało wysłane przez w/w listem poleconym w dniu 27.04.2013 r., czyli po upływie 7 dni od daty jego wystawienia. Z dokumentacji nie wynika, aby dostarczenie zaświadczenia po 7 dniach nastąpiło z przyczyn

niezależnych od powoda. W związku z powyższym zasiłek chorobowy przysługujący za okres od ósmego dnia orzeczonej niezdolności do pracy, czyli za dzień 27.04.2013 r. ulega obniżeniu o 25 %.

Jednocześnie z posiadanej dokumentacji wynika, że wnioskodawca został wezwany na badanie przez Lekarza Orzecznika ZUS na dzień 13.05.2013 r. i nie stawił się na badanie w wyznaczonym dniu. Zatem zaświadczenie lekarskie seria BH numer (...) wydane na okres od dnia 20.04.2013 r. do dnia 18.05.2013 r. utraciło ważność od dnia 14.05.2013 r., z powodu nie możliwości doręczenia wezwania, przesyłkę awizowano w dniu 06.05.2013 r. Natomiast wnioskodawca nie przedłożył pisemnego wyjaśnienia z podaniem uzasadnionej przyczyny uniemożliwiającej odebranie wezwania w terminie (k. 5-v. 5).

Sąd Rejonowy dokonał następujących ustaleń faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy.

Ubezpieczony, J. S., od połowy stycznia 2013 r. przebywał na długotrwałym zwolnieniu lekarskim z powodu dolegliwości kręgosłupa odcinka lędźwiowego.

W dniu 19 kwietnia 2013 r. w trakcie wizyty lekarskiej w SPZOZ MSW we W. uzyskał zaświadczenie lekarskie (...) seria BH nr (...) na okres od 20 kwietnia 2013 r. do 18 maja 2013 r.

Przedmiotowe zaświadczenie lekarskie ubezpieczony wysłał do organu rentowego listem poleconym nr (...) nadanym w urzędzie pocztowym (...) w dniu 27 kwietnia 2013 r.

W dniu 30 kwietnia 2013 r. organ rentowy w placówce pocztowej W. (...) nadał przesyłek poleconą nr (...), zaadresowaną na adres ubezpieczonego, zawierającą wezwanie na badania kontrolne zasadności zaświadczenia lekarskiego za okres od 20 kwietnia 2013 r. do 18 maja 2013 r., termin badań został ustalony na dzień 13 maja 2013 r. na godz. 8:00.

Przesyłka polecona została odebrana przez ubezpieczonego w dniu 20 maja 2013 r. po dwukrotnym awizowaniu w dniach 6 i 14 maja 2013 r.

Ubezpieczony nie stawił się na badania kontrolne wyznaczone na dzień 13 maja 2013 r. na godz. 8:00.

Dowody:

- zeznania ubezpieczonego J. S. złożone a rozprawie w dniu 12.09.2013 r.,
- dokumentacja organu rentowego (teczka w aktach sprawy).

Decyzją z dnia 27 września 2013 r. znak (...), organ rentowy odmówił ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego za okres od 22 lutego 2013 r., do 13 maja 2013 r. i jednocześnie zobowiązał ubezpieczonego do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego kwocie 16.305,85 zł wraz z odsetkami w wysokości 906,10 zł.

Powodem wydania decyzji przez organ rentowy było podjęcie przez ubezpieczonego w okresie pobierania zasiłku chorobowego pracy zarobkowej.

W wyniku odwołania złożonego przez ubezpieczonego, Sąd Rejonowy w Świdnicy IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z dnia 8 stycznia 2014 r. (sygn. Akt IV U 556/13) zmienił zaskarżoną decyzję organu rentowego i przyznał ubezpieczonemu prawo do zasiłku chorobowego za okres od 22 lutego 2013 r. do 13 maja 2013 r. oraz zwolnił ubezpieczonego z obowiązku zwrotu zasiłku chorobowego w kwocie 16.305,85 zł wraz z odsetkami w wysokości 906,10 zł.

W uzasadnieniu wyroku Sąd Rejonowy w Świdnicy wskazał, iż ubezpieczony nie wykorzystywał zwolnienia lekarskiego w sposób niezgodny z jego przeznaczeniem wobec czego nie było podstaw do odmówienia prawa do zasiłku chorobowego oraz jego zwrotu.

Dowody:

- zeznania ubezpieczonego J. S. złożone a rozprawie w dniu 12.09.2013 r.,
- odwołanie od decyzji organu rentowego oraz wyrok Sąd Rejonowy w Świdnicy IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z 08.01.2014 r. wraz z uzasadnieniem – w aktach sprawy SR w Świdnicy IV U 556/13

Decyzją z dnia 23 maja 2013 r. znak (...), organ rentowy na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 4 i 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych:

1. w zw. z art. 62 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa obniżył ubezpieczonemu o 25 % wysokość zasiłku chorobowego przysługującego za dzień 27 kwietnia 2013 r.;

2. w zw. z art. 59 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa odmówił ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego za okres od 14 maja 2013 r. do 18 maja 2013 r.

Dowody:

- dokumentacja organu rentowego (teczka w aktach sprawy).

Ubezpieczony cierpi na przewlekły zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowego na podłożu zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych – bez ubytkowych objawów korzeniowych oraz nieżyt błony śluzowej żołądka i dwunastnicy.

W okresie od dnia 13 maja 2013 r. do 18 maja 2013 r. był zdolny do pracy pod względem ortopedyczno-neurologicznym i nie wymagał dalszego leczenia. Natomiast dolegliwości ze strony układu pokarmowego zostały zdiagnozowane dopiero w czasie wizyty w dniu 7 czerwca 2013 r.

Dowody:

- opinia biegłych sądowych z 30.12.2013 r. – karta 25-28,
- opinia biegłego sądowego z 17.02.2014 r. – karta 43-44.

W oparciu o dokonane ustalenia faktyczne, Sąd Rejonowy zważył co następuje:

Odwołanie jako bezzasadne nie zasługiwało na uwzględnienie

Ubezpieczony odwołał się od decyzji organu rentowego tylko w części odmawiającej mu prawa do zasiłku chorobowego za okres od 14 maja 2013 r. do 18 maja 2013 r.

Zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tj. DZ. U. z 2014 r., poz. 159), zwanej dalej ustawą zasiłkową, 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, a jeżeli niezdolność do pracy została spowodowana gruźlicą lub występuje w trakcie ciąży - nie dłużej niż przez 270 dni.

Natomiast zgodnie z treścią ustawy zasiłkowej, prawidłowość orzeczenia o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby oraz wystawienia zaświadczeń lekarskich podlega kontroli. Jej formą jest między innymi, badanie lekarskie ubezpieczonego przeprowadzone przez lekarza orzecznika ZUS, z tym, że w myśl art. 59 ust. 6 w/w ustawy – w razie uniemożliwienia badania lub niedostarczenia posiadanych wyników badań w terminie wyznaczonym przez organ rentowy, zaświadczenie lekarskie traci ważność od dnia następującego po tym terminie.

Organ rentowy odmówił ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego za sporny okres albowiem ubezpieczony nie stawiał się na badania kontroli zaświadczenia lekarskiego z 19 kwietnia 2013 r., które zostało wyznaczone na dzień 13 maja 2013 r. Należy jednak wskazać, iż ubezpieczony otrzymał wezwanie na badania lekarskie w dniu 20 maja 2013 r. w związku z czym nie miał możliwości stawienia się na badania w wyznaczonym terminie. Co prawda rzekome powody odebrania wezwania na badania dopiero w dniu 20 maja 2013 r. są w ocenie Sądu nie przekonywujące i mało wiarygodne, albowiem ubezpieczony cały czas przebywał w miejscu zamieszkania, a pierwsze awizo zostało pozostawione w skrzynce w dniu 6 maja 2013 r., natomiast drugie w dniu 14 maja 2013 r. i Sąd nie dał wiary ubezpieczonemu jakoby pierwszego awiza listonosz nie pozostawił w skrzynce pocztowej, gdyż były to twierdzenia gołosłowne sprzeczne z doświadczeniem życiowym i ubezpieczony zwlekał z odebraniem przesyłki do ostatniego dnia drugiego awiza, to jednak nie zmienia to faktu, iż fizycznie wezwanie zostało podjęte przez ubezpieczonego dopiero w dniu 20 maja 2013 r.

Niewątpliwie wezwanie to było spóźnione i wnioskodawca odebrał je w terminie 14 dni to nie mógł się stawić na wyznaczone na ten dzień badanie. Strona pozwana nie może utożsamiać fakt pozostawienia zawiadomienia o konieczności odebrania przesyłki w terminie 14 dni w urzędzie pocztowym z jej doręczeniem. Takie stanowisko nie znajduje uzasadnienia w żadnym przepisie k.p.a. dotyczącym doręczeń.

Doręczenia normuje dział I, rozdział 8 Kpa. Stosownie do zamieszczonego tam art.44 § 1 pkt 1 wynika, że w przypadku niemożności doręczenia pisma w sposób wskazany w art. 42 i 43 tj. adresatowi lub dorosłemu domownikowi operator pocztowy przechowuje pismo przez okres 14 dni w swojej placówce pocztowej. Zgodnie z § 4 doręczenie uważa się za dokonane z upływem ostatniego dnia okresu, o którym mowa w § 1, a pismo pozostawia się w aktach sprawy.

Zdaniem Sądu strona pozwana nie zawiadomiła skutecznie wnioskodawcy o wyznaczonym na dzień 13 maja 2013., badaniu przez lekarza orzecznika ZUS. Zdaniem Sądu w niniejszej sprawie wnioskodawca nie został prawidłowo i skutecznie zawiadomiony o terminie wyznaczonego badania.

Dla ustalenia faktycznej zdolności ubezpieczonego do pracy od dnia mającego mieć miejsce badania lekarskiego, Sąd z urzędu powołał biegłych sądowych, albowiem stwierdzenie okoliczności istotnych dla rozpoznania sprawy w tym zakresie wymagało wiadomości specjalnych i musiało znaleźć oparcie w dowodzie z opinii biegłego sądowego. Pełne wyjaśnienie spornych okoliczności wymagało bowiem wiadomości specjalnych, jakimi Sąd nie dysponował. Jednocześnie bezzasadne są wywody ubezpieczonego, iż Sąd winien tylko ustalić stan faktyczny jedynie w odniesieniu do uniemożliwienia, czy też przyczyn nie przeprowadzenia badań kontrolnych w dniu 13 maja 2013 r. Postępowanie sądowe w sprawach z zakresu prawa ubezpieczeń społecznych skupia się na wadach wynikających z naruszenia prawa materialnego, skoro zatem podstawą do przyznania zasiłku chorobowego jest faktyczna niezdolność do pracy, to Sąd Ubezpieczeń Społecznych jest nie tylko uprawniony lecz wręcz zobligowany do ustalenia czy ubezpieczony, któremu odmówiono prawa do zasiłku chorobowego nawet w okolicznościach określonych w art. 59 ust. 6 ustawy zasiłkowej, był faktycznie niezdolny do pracy.

Wprawdzie co do zasady to strony są obowiązane wskazywać dowody na stwierdzenie określonych faktów, jednakże Sąd nie jest całkowicie pozbawiony możliwości przeprowadzenia określonych dowodów z urzędu, albowiem w świetle art. 232 zd. drugie k.p.c., Sąd może dopuścić dowód nie wskazany przez stronę. Nie jest to zatem obowiązek lecz pewnego rodzaju szczególne uprawnienie Sądu do dopuszczenia dalszych nie wskazanych przez żadną ze stron dowodów, gdy zgromadzony materiał dowodowy nie jest wystarczający do rozstrzygnięcia spraw.

Jak wykazała biegła sądowa z zakresu neurologii, ubezpieczony nawiązuje prawidłowy logiczny kontakt słowny. Chód prawidłowy. Próba R. prawidłowa, zborność tułowia i kończyn zachowana. Rumień wegetatywny na twarzy. Czaszka symetryczna. Gałki oczne prawidłowo ustawione, dobrze ruchome. Oczopląs nieobecny. Źrenice równe, okrągłe symetryczne, prawidłowo reagujące. W zakresie pozostałych nerwów czaszkowych bez zmian. Kręgosłup szyjny prawidłowo ruchomy, niebolesny. Kręgosłup lędźwiowy - spłycenie lordozy, mierne obustronne wzmocnienie napięcia mm, przykręgosłupowych W skłonie do przodu sięga palcami rąk do 1/2 podudzi.

Biegły sądowy z zakresu ortopedii i chirurgii wykazał, iż ubezpieczony chodzi samodzielnie bez zaburzeń równowagi z bez utykania. Kontakt logiczny prawidłowy. Do badania rozbiera się sprawnie, samodzielnie. Głowa symetryczna. Niebolesna na dotyk i opukiwanie. Żrenice równe, okrągłe symetryczne, prawidłowo reagujące na światło. Klatka piersiowa symetryczna, ruchoma oddechowo, niebolesna na dotyk i ściskanie. Kręgosłup szyjny prawidłowo ruchomy, niebolesny. Kręgosłup szyjny prawidłowo ruchomy, niebolesny. Kręgosłup lędźwiowy - spłylenie lordozy, napięcie mm, przykręgosłupowych symetryczne. W skłonie do przodu sięga palcami rąk do 1/2 podudzi. Bez objawów korzeniowych. Kończyny górne symetryczne, prawidłowo ruchome we wszystkich stawach, niebolesne. Stawy kończyn górnych bez obrzęków, bolesne przy pełnym zakresie ruchomości. Ruchomość nadgarstków w zakresie radializacji, ulnaryzacji, zgięcia dłoniowego i grzbietowego oraz supinacji i pronacji przedramion symetryczna. Nadgarstki wykazują symetryczne obwody. Siła mięśniowa obu dłoni prawidłowa. Ukrwienie kończyn górnych prawidłowe. Brzuch w poziomie klatki piersiowej. Powłoki brzuszne miękkie, niebolesne, bez oporów patologicznych i bez objawów otrzewnowych. Objaw G. obustronnie ujemny. Miednica w poziomie, symetryczna, niebolesna na dotyk i ściskanie. Kończyny dolne ułożone swobodnie wzdłuż długiej osi ciała w rotacji pośredniej. Długość kończyn dolnych symetryczna. Stawy biodrowe, kolanowe i skokowe o prawidłowych obrysach, miernie bolesne, prawidłowo ruchome we wszystkich kierunkach. Stawy bez obrzęków i bez wysięków.

Natomiast biegły sądowy z zakresu interny wykazał u ubezpieczonego odżywianie w normie, skóra prawidłowo ocieplona, elastyczna, tkanka podskórna rozwinięta prawidłowo. Tarczycza niepowiększona. Nos drożny, uszy bez wydzieliny patologicznej. Głowa kształtu prawidłowego. Klatka piersiowa prawidłowo wysklepiona, ruchomość oddechowa zachowana. Nad płucami wypuk jawny, osłuchowo szmer pęcherzykowy. Akcja serca miarowa, częstość 80/min, tony czyste, akcentacja prawidłowa. Ciśnienie tętnicze: 120/80 mmHg. Brzuch miękki bez oporów patologicznych, tkliwy w śródbrzuszu środkowym. Wątroba prawidłowa, śledziona niemacalna. Bez obrzęków obwodowych.

Biegli rozpoznali u ubezpieczonego przewlekły zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowego na podłożu zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych – bez ubytkowych objawów korzeniowych oraz niezbyt błony śluzowej żołądka i dwunastnicy.

W ocenie biegłych, ubezpieczony od dnia 13 maja 2013 r. był zdolny do pracy pod względem internistycznym oraz ortopedyczno-neurologicznym i nie wymagał dalszego leczenia.

W uzasadnieniu opinii biegli sądowi z zakresu chirurgii-ortopedii i neurologii wskazali, iż ubezpieczony ma przewlekłe, od kilkunastu lat dolegliwości bólowe kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego z okresowymi zaostrzeniami. Leczony był w trybie ambulatoryjnym w ramach zwolnienia lekarskiego. Badanie w dniu 19 października 2013 r. wykazało, że pomimo zmian zwyrodnieniowo dyskopatycznych kręgosłupa schorzenie przebiega bez ubytkowych objawów korzeniowych, bez zaników mięśniowych kończyn i bez ubytków czucia powierzchownego z prawidłową siłą mięśniową i zachowaną funkcją kończyn dolnych i ubezpieczony od dnia 13 maja 2013 r. był zdolny do pracy pod względem ortopedyczno-neurologicznym.

Tymczasem biegły internista w uzasadnieniu opinii wskazał, iż zwolnienie lekarskie w okresie spornym było wystawione z rozpoznaniem zaburzenia korzeni i splotów nerwowych i biegły nie odnotował ażeby w tym czasie pojawiły się u ubezpieczonego inne dolegliwości wskazujące na występowanie schorzenia internistycznego. Dopiero w czasie wizyty w dniu 7 czerwca 2013 r. w dokumentacji medycznej znalazł się pierwszy wpis lekarza: "pojawiły się dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Skierowanie gastroscopia." Zważywszy na datę dokonanego wpisu nie ma uzasadnienia aby przyjąć, że schorzenie ze strony przewodu pokarmowego mogło stanowić przeszkodę w pracy i uzasadniało wydanie zwolnienia lekarskiego w dniach 13-18 maja 2013 r., a więc ponad trzy tygodnie wcześniej.

Oceniając zebrany w sprawie materiał dowodowy, Sąd dał wiarę przedstawionym w sprawie dowodom z dokumentacji leczniczej, jako że żadna ze stron w toku postępowania nie podważyła skutecznie ich autentyczności i wiarygodności.

Ponadto, Sąd uznał za wiarygodne, opinie sporządzone w toku niniejszego postępowania przez biegłych sądowych. W ocenie Sądu, wydane w sprawie opinie biegłych sądowych są rzetelne, oparte na dokumentacji zgromadzonej w aktach sprawy i badaniu ubezpieczonego i Sąd w pełni podzielił dokonane w nich ustalenia.

Zdaniem Sądu, brak jest podstaw do zanegowania takiego stanowiska biegłych. Tym bardziej, że wydane opinie przez biegłych sądowych zawierają pełne i jasne uzasadnienia, uwzględniające rozpoznane u ubezpieczonego schorzenia i stopień ich nasilenia po przeprowadzonym leczeniu. Biegli sądowi obowiązani są zaś orzekać zgodnie z wiedzą medyczną, posiadanymi kwalifikacjami i obowiązującymi przepisami. Zatem ich pole orzekania nie jest ograniczone żadnymi dodatkowymi kryteriami, poza obowiązującymi przepisami. Dlatego zdaniem Sądu, sporządzonym przez biegłych opiniom, nie można odmówić rzetelności i fachowości co do medycznej oceny stanu zdrowia ubezpieczonego, w odniesieniu do obowiązujących przepisów. Tym bardziej, że są to specjaliści z dużym doświadczeniem medycznym i stażem orzeczniczym. Wydający w sprawie opinię biegły sądowy jest lekarzem niezależnym od stron i nie ma żadnego powodu, aby orzekać na korzyść którejkolwiek ze stron. Zgodnie z art. 282 § 2 k.p.c. w związku z art. 283 § 2 k.p.c. biegły sądowy wydający opinię w niniejszej sprawie złożył przed objęciem funkcji przysięgę, którą jest związany. Sąd nie znalazł podstaw do zanegowania bezstronności biegłych, jak i ich rzetelności przy wydaniu opinii. Opinia biegłego sądowego podlega ocenie przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c. – na podstawie właściwych dla jej przymiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażanych w niej wniosków.

Warto tutaj przytoczyć pogląd Sądu Najwyższego, który pomimo upływu czasu nie stracił na swojej aktualności. Mianowicie, Sąd Najwyższy w swoim wyroku z dnia 19 grudnia 1990 r. (I PR 148/90, OSP 1991/11/300) stwierdził, iż „Sąd może oceniać opinię biegłego pod względem fachowości, rzetelności czy logiczności. Może pomijać oczywiste pomyłki czy błędy rachunkowe. Nie może jednak nie podzielać poglądów biegłego, czy w ich miejsce wprowadzać własnych stwierdzeń”.

Jednocześnie, Sąd nie uwzględnił zastrzeżeń ubezpieczonego do przedstawionych przez biegłych opinii. Zastrzeżenia te stanowiły bowiem niczym nie uzasadnioną polemikę z rzeczowo i merytorycznie uzasadnionymi opiniami biegłych.

Wydając opinię biegli co prawda posiłkowali się badaniami przeprowadzonymi w dniu 19 października 2013 r., jednakże podstawą wydanej decyzji była przede wszystkim dokumentacja medyczna z okresu choroby. Biegli wyraźnie wskazali w oparciu o dokumentację medyczną, iż ubezpieczony od kilkunastu lat odczuwa dolegliwości bólowe kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego z okresowymi zaostrzeniami. Ubezpieczony otrzymał zwolnienie lekarskie z powodu tychże dolegliwości w dniu 19 kwietnia 2013 r., na okres od 20 kwietnia 2013 r. do 18 maja 2013 r., natomiast badanie kontrolne miało się odbyć w dniu 13 maja 2013 r. Biorąc pod uwagę okresowe zaostrzenia choroby, w momencie badania w dniu 19 kwietnia 2013 r. ubezpieczony mógł mieć nawrót choroby uzasadniający wydanie zwolnienia lekarskiego, jednakże dalsze zwolnienia lekarskie były wystawiane już przez lekarzy innych specjalności, co świadczy, iż okres zaostrzenia choroby jednak minął.

Zgodnie z art. 286 k.p.c. Sąd może zażądać ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie, może też w razie potrzeby zażądać dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych. Samo niezadowolenie stron z opinii biegłych nie uzasadnia jednak zażądania dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych.

To Sąd, w ramach zastrzeżonej dla niego swobody, decyduje, czy ma możliwość oceny dowodu w sposób pełny i wszechstronny, czy jest w stanie prześledzić jego wyniki oraz - mimo braku wiadomości specjalnych - ocenić rozumowanie, które doprowadziło biegłego do wydania opinii. Sąd czyni to zapoznając się z całością opinii, tj. z przedstawionym w niej materiałem dowodowym, wynikami badań przedmiotowych i podmiotowych. Wszystko to, a nie tylko końcowy wniosek opinii, stanowi przesłanki dla uzyskania przez sąd podstaw umożliwiających wyjaśnienie sprawy. Z tego też względu zastosowanie art. 286 k.p.c. pozostawione jest uznaniu sądu, co jednak w niniejszej sprawie – zważywszy na powyższe okoliczności – nie dało podstaw do jego zastosowania.

Oceny zeznań ubezpieczonego, Sąd dokonał w kontekście całego zebranego w sprawie materiału dowodowego w zasadniczej części dając wiarę twierdzeniom ubezpieczonego.

Mając powyższe na uwadze, Sąd na mocy przepisu art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. oddalił odwołanie ubezpieczonego, nie znajdując podstaw do jego uwzględnienia.