

**Sygn. akt VII U 839/16**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 maja 2017 r.

Sąd Rejonowy w Bydgoszczy VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSR Marcin Winczewski

Protokolant: sekr. sądowy Artur Kluskiewicz

po rozpoznaniu w dniu 30 maja 2017 r. w Bydgoszczy

spraw M. G.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w B.

o zasiłek chorobowy

na skutek odwołań M. G.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w B.

z dnia 13 lipca 2016 r., nr (...),

z dnia 25 lipca 2016 r., nr (...),

z dnia 23 sierpnia 2016 r., nr (...),

z dnia 30 sierpnia 2016 r., nr (...)

i z dnia 14 września 2016 r., nr (...)

**oddala odwołania.**

SSR Marcin Winczewski

Sygn. akt VII U 839/16

## UZASADNIENIE

Decyzją nr (...) z dnia 13 lipca 2016 Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B., na podstawie art. 8 i 9 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa odmówił M. G. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 11 czerwca do 7 lipca 2016 r. W uzasadnieniu wskazano, że wykorzystwała ona pełny okres zasiłkowy wynoszący 182 dni. Organ wypłacił jej bowiem zasiłek chorobowy w związku z wypadkiem przy pracy za okresy od 16 października 2015 r. do 29 marca 2016 r. i od 4 do 14 kwietnia 2016 r. Okres niezdolności do pracy od 30 marca do 3 kwietnia 2016 r. nie pozostawał natomiast w związku z wypadkiem przy pracy i pracodawca wypłacił za niego wynagrodzenie za czas choroby. Łącznie niezdolność do pracy wyniosła nieprzerwanie 182 dni. Schorzenia chorobowe trwające w okresach od 30 marca do 3 kwietnia 2016 r. i od 16 maja do 7 lipca 2016 r. spowodowane zostały tą samą chorobą, po okresie krótszym niż 60 dni.

Na tej samej podstawie, kolejnymi decyzjami z dnia 25 lipca 2016 r., 23 sierpnia

2016 r., 30 sierpnia 2016 r. i 14 września 2016 r. pozwany organ odmówił ubezpieczonej prawa do zasiłku chorobowego, łącznie za dalszy okres od 8 lipca do 7 września 2016 r.

Odwołania od powyższych decyzji wniosła M. G., domagając się przyznania prawa do zasiłku chorobowego. W uzasadnieniu swego stanowiska wskazała, że stan jej zdrowia nie ulega poprawie, a udając się do lekarza po dalsze zwolnienia lekarskie, myślała że cały czas ma ten sam numer choroby. Nie wiedziała, że lekarz wypisując zwolnienie może wpisać inny kod, mimo że ciągle chorowała na rękę i chodziła do tej samej przychodni. Jest więc to błąd lekarza, przez który została bez środków do życia, gdyż odmówiono jej świadczenia rehabilitacyjnego, a nawet zasiłku chorobowego. W dalszym ciągu jest niezdolna do pracy, przebywa na zwolnieniu chorobowym i jest rehabilitowana przez specjalistów.

W odpowiedzi na odwołania Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. wniósł o ich oddalenie, podtrzymując stanowisko wyrażone w uzasadnieniach zaskarżonych decyzji.

Sprawy z powyższych odwołań zostały połączone do wspólnego rozpoznania i rozstrzygnięcia.

### **Sąd ustalił, co następuje:**

M. G. jest zatrudniona u M. W., prowadzącego działalność gospodarczą pod nazwą Firma Usługowa (...), na stanowisku pracownika kuchni. W dniu 15 października 2015 r. uległa wypadkowi przy pracy – pośliznęła się, upadła i uderzyła ręką w posadzkę. W związku z wypadkiem przy pracy była niezdolna do jej świadczenia. Pozwany organ wypłacił jej zasiłek chorobowy w związku z wypadkiem przy pracy za okresy od 16 października 2015 r. do 29 marca 2016 r. i od 4 do 14 kwietnia 2016 r. W tych okresach ubezpieczonej wystawiano zaświadczenia lekarskie o niezdolności do pracy, z określeniem według Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) symbolami: S60 (powierzchnowy uraz nadgarstka i ręki) lub T92 (następstwa urazów kończyny górnej).

Okres niezdolności do pracy od 30 marca do 3 kwietnia 2016 r. nie pozostawał natomiast w związku z wypadkiem przy pracy i to pracodawca wypłacił za niego wynagrodzenie za czas choroby. W dniu 29 marca 2016 r. M. G. udała się bowiem po raz kolejny do lekarza, tym razem skarżąc się zwłaszcza na bóle pleców (co znalazło odzwierciedlenie w sporządzonej wówczas dokumentacji medycznej – k. 25). Otrzymała zaświadczenie lekarskie o niezdolności do pracy na dni 30-31 marca 2016 r.,

z określeniem według Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) symbolem M54 (ból grzbietu). Takie same schorzenia dotyczące kręgosłupa zgłaszała podczas następnych wizyt lekarskich w dniach 1 i 4 kwietnia 2016 r.,

w związku z czym także wówczas otrzymała zaświadczenia lekarskie z symbolem M54 według ICD-10, na okres od 1 do 5 kwietnia 2016 r.

Dopiero podczas kolejnej wizyty w dniu 5 kwietnia 2016 r. lekarz prowadzący wystawił jej zaświadczenie lekarskie o niezdolności do pracy z symbolem T92 według ICD-10, na okres od 6 do 14 kwietnia 2016 r.

Kolejne zaświadczenie lekarskie o niezdolności do pracy na okres od 19 do 27 maja 2016 r. M. G. otrzymała podczas wizyty w dniu 19 maja 2016 r., z symbolem M54 według ICD-10, a więc identycznym, jak w okresie od 29 marca do 5 kwietnia 2016 r. Także następne zaświadczenia lekarskie, wykazujące jej nieprzerwaną niezdolność do pracy łącznie do dnia 7 września 2016 r., dotyczyły schorzeń kręgosłupa i były określane symbolem M54.

Łącznie niezdolność do pracy ubezpieczonej wyniosła nieprzerwanie 182 dni.

W okresie od 29 marca do 5 kwietnia 2016 r. M. G. była niezdolna do pracy między innymi z powodu bólu pleców (jako choroba główna, powodująca samodzielnie niezdolność do pracy), choć występowały u niej jeszcze objawy związane z problemami górnej kończyny. Kolejna niezdolność do pracy w okresie 16 maja do 7 września 2016 r. była spowodowana tym samym bólem pleców. Wszystkie te okresy choroby i niezdolności do pracy były skutkiem tej samej

choroby kręgosłupa (zniesienie fizjologicznej lordozy) i miały więc tę samą przyczynę, dotycząc tego samego narządu ciała ubezpieczonej. Wykorzystała ona pełny, nieprzerwany okres zasiłkowy 182 dni – z dniem 7 lipca 2016 r.

Płatnikiem spornego świadczenia jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych, a tym samym pracodawca nie jest zainteresowanym w sprawie (por. postanowienie SN z dnia 28 czerwca 2016 r., II UZ 17/16, Lex nr 2112312).

(dowód: dokumentacja medyczna – k. 13-17, 23-27, 34 oraz akta ZUS; zestawienie zaświadczeń lekarskich o niezdolności do pracy ubezpieczonej – k. 9-10; opinia biegłego sądowego neurologa-rehabilitanta B. R. z dnia 30 stycznia 2017 r. wraz

z wywiadem i badaniem przedmiotowym – k. 32-33; przesłuchanie ubezpieczonej – k. 18-19)

Upřednio, decyzją z dnia 10 maja 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. odmówił M. G. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Ubezpieczona wniosła odwołanie od tej decyzji, jednakże prawomocnym wyrokiem z dnia 19 stycznia 2017 r. w sprawie VII U 656/16 Sąd Rejonowy je oddalił. W toku tego procesu dopuszczono dowód z opinii biegłego sądowego S. F., który stwierdził, że po wyczerpaniu okresu zasiłkowego M. G. nie była już dalej niezdolna do pracy.

(okoliczności bezsporne, ponadto dowód: odwołanie, odpowiedź na odwołanie, opinie biegłego sądowego S. F. z dnia 26 września 2016 r. i z dnia 21 listopada 2016 r., wyrok z dnia 19 stycznia 2017 r. – k. 1, 2, 11-12, 37, 53 akt sprawy SR w Bydgoszczy VII U 656/16)

### **Sąd zważył, co następuje:**

Powyższy stan faktyczny Sąd Rejonowy ustalił na podstawie dokumentów znajdujących się w aktach sprawy, aktach sprawy VII U 656/16 Sądu Rejonowego w Bydgoszczy i aktach ZUS, których prawdziwości i wiarygodności strony nie kwestionowały w toku procesu, a także na podstawie opinii biegłego sądowego neurologa-rehabilitanta B. R. wraz z wywiadem i badaniem przedmiotowym. Należy przy tym wskazać, że już z dokumentacji medycznej przedstawionej przez ubezpieczoną (zwłaszcza k. 25) wynika jednoznacznie i wprost, iż porady lekarskie w spornych okresach jej niezdolności do pracy łączyły się z dolegliwościami pleców. Nie zmienia tego ustalenia nawet fakt, iż w okresie od 30 marca do 5 kwietnia 2016 r. występować mogły u M. G. również dolegliwości ze strony kończyny górnej, na które to otrzymywała zaświadczenia o niezdolności do pracy za okresy wcześniejsze.

Należy zaznaczyć, iż jak słusznie podkreśla się w najnowszym orzecznictwie, sąd ubezpieczeń społecznych nie ma obowiązku prowadzenia postępowania dowodowego z urzędu, a odrębny charakter postępowania nie wyłącza zasady kontrydiktoryjności w tych sprawach, w tym ciężaru dowodzenia swych twierdzeń przez ubezpieczonego i pozwanego organ (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 8 stycznia 2008 r., I UK 193/07, Lex nr 447681; z dnia 8 lipca 2008 r., II UK 344/07, Lex nr 497701; z dnia 11 lutego 2011 r., II UK 269/10, Lex nr 794791 i z dnia 9 sierpnia 2011 r., I UK 52/11, Lex nr 1084706; czy wyrok SA w Gdańsku z dnia 16 stycznia 2017 r., III AUa 1377/16, nie publ.).

Dowód z opinii biegłych, jak podkreśla się w orzecznictwie, 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 SN z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 2001/4/64; uzasadnienie wyroku SN z dnia 15 listopada 2002 r., V CKN 1354/00, Lex nr 77046). Biorąc pod uwagę przedstawione kryteria należy stwierdzić, że przeprowadzony dowód z opinii biegłego sądowego neurologa-rehabilitanta B. R., jest w pełni przydatny dla ustalenia stanu faktycznego sprawy. Biegły wydał swą opinię po gruntownej analizie akt sprawy, uwzględniając całą dostępną dokumentację lekarską. Wnioski opinii omówiono szeroko, 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. Biegły jest doświadczonym specjalistą z dziedzin medycyny, które odpowiadały schorzeniom ubezpieczonej, a poziom

jego wiedzy i sposób umotywowania orzeczenia powoduje, iż Sąd uznaje przeprowadzoną w sprawie opinię za w pełni trafną, tym bardziej, że nie była ona kwestionowana przez żadną ze stron (k. 46, 50).

Bez znaczenia dla sprawy muszą przy tym i tak pozostawać zarzuty niedotyczące konieczności wyjaśnienia kwestii medycznych, co do których biegli zajęli już przekonujące stanowisko (por. wyrok SN z dnia 8 maja 2008 r., I UK 356/07, OSNP 2009/17-18/238). Należy także podnieść, iż stosownie do 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. Tak w piśmiennictwie jak i w judykaturze wskazuje się, że nie ma dowolności w powoływaniu kolejnych biegłych, a u podstaw takiej decyzji leżeć powinny racjonalne argumenty takie np. jak niejasność, niezupełność czy sprzeczności występujące w opiniach (por. np. T. Ereciński [w:] Komentarz do Kodeksu postępowania cywilnego, tom I, Warszawa 2002, str. 567-568; czy wyroki SN z dnia 24 czerwca 2008 r., I UK 373/07, Lex nr 496398; z dnia 1 września 2009 r., I PK 83/09, Lex nr 550988; z dnia 16 września 2009 r., I UK 102/09, Lex nr 537027). Należy przyjąć, że wykazywanie okoliczności uzasadniających powołanie opinii uzupełniającej, czy kolejnego biegłego pozostaje w gestii strony. To właśnie strona winna wykazać się niezbędną aktywnością i wykazać błędy, sprzeczności lub inne wady w opiniach biegłych, które dyskwalifikują istniejące opinie, ewentualnie uzasadniają powołanie opinii dodatkowych. Takich okoliczności strony w toku postępowania nie przedstawiły. Nie może zresztą spotkać się z akceptacją Sądu notoryczne i w żaden sposób nieuzasadnione kwestionowanie opinii biegłych sądowych wyłącznie z tej przyczyny, że jest ono odmienne od stanowiska strony, prowadzi to bowiem wyłącznie do nieuzasadnionego mnożenia kosztów sądowych.

Na marginesie dotychczasowych rozważań, Sąd wskazuje, że jak to zostało wyjaśnione w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 1974 r., (II CR 817/73; Lex nr 7404), do dowodu z opinii biegłego nie mogą mieć zastosowania wszystkie zasady prowadzenia dowodów, a w szczególności art. 217 § 1 k.p.c. Jeżeli więc Sąd uzyskał od biegłych wiadomości specjalne niezbędne do merytorycznego i prawidłowego orzekania, to nie ma potrzeby żądania ponowienia lub uzupełnienia tego dowodu (por. wyroki SN z dnia 10 września 1999 r., II UKN 96/99, OSNAPiUS 2000/23/869; z dnia 6 marca 1997 r., II UKN 23/97, OSNAPiUS 1997/23/476; z dnia 21 maja 1997 r., II UKN 131/97, OSNAPiUS 1998/3/100; z dnia 18 września 1997 r., II UKN 260/97, OSNAPiUS 1998/13/408). Specyfika dowodu z opinii biegłego polega m.in. na tym, że jeżeli taki dowód już został przez sąd dopuszczony, to stosownie do treści art. 286 k.p.c. opinii kolejnego biegłego można żądać jedynie "w razie potrzeby". Potrzeba taka nie może być jedynie wynikiem niezadowolenia strony z niekorzystnego dla niej wydzźwięku konkluzji opinii. W innym wypadku bowiem sąd byłby zobligowany do uwzględniania kolejnych wniosków strony dopóty, dopóki nie złożona zostałaby opinia w pełni ją zadowolająca, co jest niedopuszczalne (tak SA w Katowicach w wyroku z dnia 23 kwietnia 2014 r., I ACa 71/14, Lex nr 1466798; por. także: wyroki SN z dnia 10 stycznia 2002 r., II CKN 639/99, Lex nr 53135.; z dnia 17 grudnia 1999 r., II UKN 273/99, OSNP 2001/8/284 i z dnia 18 października 2001 r., IV CKN 478/00, Lex nr 52795).

Stosownie do art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (j.t.: Dz. U. z 2016 r., poz. 372 ze zm.), zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego. Art. 8 ustawy stanowi natomiast, że 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 spowodowana została gruźlicą – nie dłużej niż przez 270 dni. W myśl z kolei art. 9 ust. 1-2 ustawy, do okresu, o którym mowa w art. 8, zwanego dalej "okresem zasiłkowym", wlicza się wszystkie okresy nieprzerwanej niezdolności do pracy, jak również okresy niemożności wykonywania pracy z przyczyn określonych w art. 6 ust. 2; do okresu zasiłkowego wlicza się okresy poprzedniej niezdolności do pracy, spowodowanej tą samą chorobą, jeżeli przerwa pomiędzy ustaniem poprzedniej a powstaniem ponownej niezdolności do pracy nie przekraczała 60 dni. Jak trafnie przy tym zauważył Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 2 września 2009 r. (II UZP 7/09, OSNP 2010/7-8/93) „Ustanie "poprzedniej niezdolności do pracy" (art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego zgłoszonego w razie choroby i macierzyństwa, jednolity tekst: Dz.U. z 2005 r. Nr 31, poz. 267 ze zm.) oznacza ustanie niezdolności do pracy, w znaczeniu medycznym." 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. Podobnie okres zasiłkowy liczy się od nowa, jeżeli między poszczególnymi okresami niezdolności do pracy, spowodowanymi tymi samymi chorobami, wystąpi przerwa przekraczająca 60 dni. W niniejszej sprawie nie było kwestią sporną pomiędzy stronami, iż u ubezpieczonej wystąpiła przerwa w niezdolności do pracy, czego pozwany organ nie kwestionował w toku postępowania (choć sama M. G. wskazywała, że była cały czas nieprzerwanie niezdolna do pracy w związku z urazem ręki, także w okresie od 15 kwietnia do 15 maja 2016 r., co już z uwagi na nieprzerwaną niezdolność do pracy wykluczałoby możliwość przyznania dalszego okresu zasiłkowego). Rozstrzygnięcia wymagało natomiast, czy można było u niej rozpocząć liczenie nowego okresu zasiłkowego. Na to pytanie należało udzielić odpowiedzi negatywnej, dzieląc w tym zakresie w pełni opinie biegłego sądowego wydaną w sprawie. Wynika z niej bowiem jednoznacznie, iż niezdolność do pracy w sensie medycznym trwała u ubezpieczonej w okresach od 30 marca do 5 kwietnia 2016 r. i następnie od 16 maja do 7 września 2016 r. z uwagi na tę samą chorobę. Trafnie podkreśla się przy tym w orzecznictwie Sądu Najwyższego (zob. wyrok z dnia 6 listopada 2008 r., II UK 86/08, Lex nr 566009 i postanowienie z dnia 26 stycznia 2012 r., I BU 14/11, Lex nr 125397), iż przepis art. 9 ust. 2 ustawy nie nasuwa żadnych wątpliwości interpretacyjnych i stanowi, że do jednego okresu zasiłkowego należy 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. 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). Rozpoczęcie biegu okresu zasiłkowego z każdą taką niezdolnością od nowa pozwalałoby na przebywanie na zasiłku bez końca, mimo że w rzeczywistości stan zdrowia kwalifikowałby pracownika do renty z tytułu niezdolności do pracy. Istotny jest tu jedynie 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. Odnoszenie pojęcia "ta sama choroba" do tych samych numerów statystycznych, zgodnych z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, jest mylące, gdyż nie chodzi o identyczne objawy odpowiadające tym numerom statystycznym, lecz o opis stanu klinicznego konkretnego układu lub narządu, który – choć daje różne objawy, podpadające pod różne numery statystyczne – wciąż stanowi tę samą chorobę, skoro dotyczy tego samego narządu lub układu. Nawet więc w sytuacji określenia niezdolności do pracy różnymi symbolami, niewykluczone jest stwierdzenie tej samej choroby u ubezpieczonego w rozumieniu przepisu ustawy. Nie może natomiast budzić wątpliwości, iż „ta sama choroba” wskazana w powołanej normie prawnej występuje w momencie, kiedy dalsze okresy niezdolności do pracy określane są przez lekarza leczącego identycznymi symbolami chorobowymi, jak to miało miejsce w sprawie. Rzeczony art. 9 ust. 2 ustawy zasiłkowej abstrahuje wszak od etiologii chorób wliczanych do okresu zasiłkowego. Zgodnie z gramatyczną wykładnią tego przepisu nie jest więc istotne, czy tę samą chorobę, rozumianą jako opis stanu klinicznego konkretnego układu lub narządu, powodował ten sam czy inny "czynnik zewnętrzny", lecz aby tak rozumiana "ta sama choroba" powodowała powstanie ponownej niezdolności do pracy w okresie nieprzekraczającym 60 dni (tak SN w postanowieniu z dnia 19 maja 2015 r., I UK 408/14, Lex nr 1814906).

Mając na uwadze, że zwrot "ta sama choroba" z art. 9 ust. 2 ustawy zasiłkowej powiązany został z wcześniejszą i następczą niezdolnością do pracy, słuszne jest twierdzenie, że identyczność schorzenia należy skojarzyć z dysfunkcją organizmu, której natężenie wpływa na wystąpienie i czasowe zaniknięcie niezdolności do pracy. Znaczący to tyle, że przesłanka z art. 9 ust. 2 ustawy wystąpi w razie stwierdzenia występowania schorzenia w okresie wcześniejszej niezdolności do pracy i w okresie jej odzyskania. W tym ostatnim wypadku stan chorobowy, wprowadzając obecny w organizmie, nie będzie uniemożliwiał zarobkowania, zintensyfikuje się jednak następczo, doprowadzając do ponownej niezdolności do pracy. Przedstawiony punkt widzenia koresponduje z mechanizmem ograniczania prawa

do zasiłku chorobowego. Powtarzające się w krótkim czasie (do 60 dni) symptomy, znajdujące źródło w tym samym procesie chorobotwórczym, uniemożliwiające pracę zarobkową, według prawodawcy nie dają podstaw do objęcia ochroną ubezpieczeniową (tak SN w wyroku z dnia 5 maja 2016 r., II BU 4/15, Lex nr 2052405). Podzielając w pełni tę argumentację należy wskazać, że wystarczającym dla odmowy przyznania ubezpieczonej prawa do zasiłku chorobowego za okres od 11 czerwca do 7 września 2016 r. było stwierdzenie, że schorzenie, z powodu którego była wówczas niezdolna do pracy (ból grzbietu) występowało u niej już wcześniej, właśnie w okresie od 30 marca do 5 kwietnia 2016 r., a następnie nieprzerwanie od dnia 16 maja 2016 r. (choć wniosek o zasiłek chorobowy złożyła dopiero od dnia 11 czerwca 2016 r.). Tym bardziej więc zasiłek ten był nienależny w sytuacji, w której zarówno w okresie od 30 marca do 5 kwietnia 2016 r., jak i od 16 maja 2016 r. była ona niezdolna do pracy właśnie z powodu bólu pleców i to symbol M54 był wpisywany w tych okresach przez lekarzy leczących, jako podstawa wystawionych zaświadczeń. Nie ma przy tym znaczenia, że w czasie przerwy pomiędzy tymi samymi chorobami wystąpiło jakiegokolwiek inne schorzenie niewliczane do okresu nieprzerwanej niezdolności do pracy, o którym mowa w art. 9 ust. 1 (tak SN w postanowieniu z dnia 19 maja 2015 r., I UK 408/14, Lex nr 1814906).

Na koniec należy zwrócić uwagę na niekonsekwencję i niewiarygodność ubezpieczonej, która w pierwszej kolejności starała się o uzyskanie po dniu 14 kwietnia

2016 r. świadczenia rehabilitacyjnego, twierdząc w sprawie tutejszego Sądu o sygnaturze akt VII U 656/16, iż miała być cały czas po tej dacie nieprzerwanie niezdolna do pracy. Po prawomocnym oddaleniu jej odwołania w sprawie o świadczenie rehabilitacyjne, zaczęła domagać się prawa do zasiłku chorobowego i to dopiero od dnia 11 czerwca 2016 r., choć zaświadczenia o niezdolności do pracy z uwagi na ból kręgosłupa otrzymywała już od dnia 16 maja 2016 r. W tym kontekście należy podkreślić, że istotnym dla liczenia 60-dniowej przerwy określonej w art. 9 ust. 2 ustawy zasiłkowej jest wyłącznie wskazana tam „ponowna niezdolność do pracy”, rozumiana w sensie medycznym. Bez znaczenia więc pozostaje, iż ubezpieczona wniosła o zasiłek chorobowy wyłącznie od dnia 11 czerwca 2016 r. (a więc już po upływie 60 dni od dnia 5 kwietnia 2016 r.), skoro jej niezdolność do pracy spowodowana tą samą chorobą trwała już właśnie od dnia 16 maja 2016 r. (a więc ponownie powstała przed upływem 60 dni, od daty zakończenia poprzedniej niezdolności do pracy z powodu tej samej choroby) i została wykazana niekwestionowanymi zaświadczeniami lekarskimi o niezdolności do pracy, także z uwagi na ból grzbietu, określane przez lekarzy leczących symbolem M54. W celu określenia daty, od której należy liczyć długość 60-dniowej przerwy konieczne jest bowiem odwołanie się do treści przepisu art. 9 ust. 2 ustawy zasiłkowej, w którym ustawodawca odróżnia „okres zasiłkowy” i „okres niezdolności do pracy”. Zgodnie zaś z obowiązującymi zasadami wykładni w każdym przypadku pierwszeństwo ma wykładnia językowa (tak trafnie SN w uchwale z dnia 2 września 2009 r., II UZP 7/09, OSNP 2010/7-8/93).

Z uwagi na powyższe, Sąd na podstawie art. 477<sup>14</sup> § 1 k.p.c. orzekł jak w sentencji.

SSR Marcin Winczewski