

**Sygn. akt VII U 892/16**

## 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

sprawy I. J. (1)

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w B.

o zasiłek chorobowy

na skutek odwołania I. J. (1)

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w B.

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

zmienia zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznaje ubezpieczonej I. J. prawo do zasiłku chorobowego za okres od dnia 22 czerwca 2016 r. do dnia 25 lipca 2016 r.

SSR Marcin Winczewski

Sygn. akt VII U 892/16

## UZASADNIENIE

Decyzją nr (...) z dnia 25 lipca 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B., na podstawie art. 7 pkt 1 ustawy z dnia 25 czerwca

1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa odmówił I. J. prawa do zasiłku chorobowego w okresie od 22 czerwca do 25 lipca 2016 r. W uzasadnieniu wskazano, że tytuł ubezpieczenia chorobowego ustał z dniem 30 kwietnia 2016 r. Niezdolność do pracy powstała z dniem 7 marca 2016 r. i trwała do dnia 20 czerwca 2016 r. W dniu 21 czerwca 2016 r. nastąpiła przerwa w ciągłości niezdolności do pracy, gdyż ponowne zachorowanie nastąpiło z dniem 22 czerwca 2016 r.

Odwołanie od powyższej decyzji wniosła I. J. (2), domagając się przyznania prawa do zasiłku chorobowego. W uzasadnieniu wskazała, że brak zwolnienia w dniu 21 czerwca 2016 r. wynika nie z jej winy, tylko z pomyłki lekarza prowadzącego.

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. wniósł o jego oddalenie, podtrzymując stanowisko wyrażone w zaskarżonej decyzji.

**Sąd ustalił, co następuje:**

I. J. (2) była zatrudniona w (...) sp. z o.o. w W. do dnia 30 kwietnia 2016 r. Niezdolność do pracy z powodu problemów z kręgosłupem powstała u niej z dniem 7 marca 2016 r. i trwała nieprzerwanie do dnia 20 czerwca 2016 r. Kolejnymi zaświadczeniami lekarskim była uznawana przez lekarza leczącego za niezdolną do pracy łącznie w okresie od 22 czerwca do 25 lipca 2016 r.

(okoliczności bezsporne, ponadto dowód: zaświadczenie lekarskie – akta ZUS)

Od stycznia 2016 r. ubezpieczona często uczęszczała na wizyty lekarskie. Od dnia 7 marca 2016 r. lekarz prowadzący stwierdził u niej niezdolność do pracy. Była wówczas poddana farmakoterapii przeciwbólowej, przeciwzapalnej i miorelaksacyjnej. W trakcie wszystkich porad odnotowywano obecność objawów rozciągowych, a lekarz prowadzący uznawał istnienie podstaw do ochrony od pracy, z powodu „zaburzeń korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych”, określanych według systemu ICD-10 symbolem G54.

W badaniu TK kręgosłupa z dnia 11 maja 2016 r.: zaznaczone kostne zmiany zwyrodnieniowe; drobne osteofity na krawędziach trzonów kręgów; guzek Schmorla w trzonie L4; przebudowa wyrostków stawowych; zmniejszenie wysokości krążka międzykręgowego L4/L5; pogrubienie więzadeł żółtych; na poziomie L4/L5 uogólnione uwypuklenie krążka międzykręgowego, penetrujące do kanału kręgowego na 5 mm, powodujące bezwzględną stenozę kanału (8,5 mm w wymiarze strzałkowym). W dniu 31 maja 2016 r. I. J. (2) otrzymała skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne: masaż podwodny, basen oraz zajęcia indywidualne z pacjentem.

W trakcie wizyty lekarskiej w dniu 23 czerwca 2016 r. otrzymała ponadto skierowanie do szpitala, w związku z rozpoznaniem nadżerki i wywinięcia błony śluzowej kanału szyjki macicy. Miała zostać przyjęta do Kliniki (...) 10 (...) Szpitala (...) z Polikliniką w B., jednakże z uwagi na brak ubezpieczenia chorobowego (w związku z decyzją ZUS) operację odwołano.

Orzeczeniem Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności z dnia 18 lutego 2016 r. I. J. zaliczono do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności na okres od 11 stycznia 2016 r. do 28 lutego 2018 r.

Przewlekłość schorzeń, z powodu których I. J. (2) miała orzeczoną niezdolność do pracy do dnia 20 czerwca 2016 r., a następnie od dnia 22 czerwca 2016 r., czyniła ją niezdolną do pracy także w dniu 21 czerwca 2016 r., a przyczyną luki w zwolnieniu mogło być przypadkowe przeoczenie lub omyłka pisarska lekarza prowadzącego. Nie była nią z pewnością nagłą, jednodniowa poprawa stanu zdrowia.

Także po dniu 25 lipca 2016 r. ubezpieczona otrzymywała dalsze zaświadczenia lekarskie o niezdolności do pracy, a po wyczerpaniu ustawowego okresu zasiłkowego lekarz orzecznik w dniu 21 września 2016 r. stwierdził u niej istnienie okoliczności uzasadniających ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 6 miesięcy, z uwagi na dalszą niezdolność do pracy.

Zaskarżoną decyzją z dnia 25 lipca 2016 r. ZUS odmówił I. J. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 22 czerwca 2016 r. do 25 lipca 2016 r., z uwagi na fakt, iż po ustaniu tytułu ubezpieczenia nastąpiła przerwa w niezdolności do pracy w dniu 21 czerwca 2016 r.

(dowód: dokumentacja medyczna – k. 26-30, 43 oraz akta ZUS; orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 21 września 2016 r. – k. 43; orzeczenie (...) z dnia 18 lutego 2016 r. o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności – k. 43; decyzja ZUS z dnia z dnia 25 lipca 2016 r. – akta ZUS; opinia biegłego sądowego lekarza neurologa-rehabilitanta B. R. z dnia 30 marca 2017 r. – k. 40-42)

### **Sąd zważył, co następuje:**

Powyższy stan faktyczny Sąd Rejonowy ustalił na podstawie dokumentów znajdujących się w aktach sprawy i aktach ZUS, których prawdziwości i wiarygodności strony nie kwestionowały w toku procesu, a także na podstawie opinii biegłego sądowego neurologa B. R..

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 umotywwania orzeczenia powoduje, iż Sąd uznaje przeprowadzoną w sprawie opinię za w pełni trafną.

Wskazać należy, iż pozwany organ kwestionował zasadność i trafność oceny biegłych (k. 52), ponosząc brak obiektywnych dowodów na istnienie objawów choroby w dniu 21 czerwca 2016 r. W kontekście tych zarzutów należy stwierdzić, iż zastrzeżenia nie dotyczyły konieczności wyjaśnienia kwestii medycznych, co do których biegli nie zajęliby przekonującego stanowiska (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 organ w toku postępowania nie przedstawił, poprzestając na negowaniu opinii biegłego, z powołaniem się na własną, odmienną interpretację stanu zdrowia ubezpieczonej, co jednakże uznać należy za niewystarczające dla ich skutecznego podważenia. Należy bowiem zauważyć, że fakt, iż lekarze ZUS w sposób odmienny oceniają fakty medyczne w sprawie nie stanowi konkretnego zarzutu do opinii biegłych, a jedynie polemikę, której jednakże nie może uznać za uzasadnioną już z tej przyczyny, iż to właśnie biegli sądowi posiadają odpowiednią wiedzę, doświadczenie do właściwego rozstrzygnięcia zagadnień medycznych, a przede wszystkim są oni osobami bezstronnymi, niezwiązanymi z którąkolwiek ze stron. Zarzuty pozwanego organu wskazują jednoznacznie, iż nie rozumie on instytucji dowodu z opinii biegłego sądowego. Fakt, że Główny Lekarz Orzecznik ZUS ma odmienne zdanie od biegłego, stanowi wyłącznie stanowisko pozwanego, takie samo jak umotywwane stanowisko skarżącego decyzję, poparte opiniami lekarza leczącego. Dopiero biegły lekarz sądowy w sposób obiektywny i właściwy jest w stanie ocenić oba te stanowiska w kwestiach medycznych. Kwestionowanie więc opinii z uzasadnieniem, że strona ma inne zdanie w tym aspekcie jest nieporozumieniem, albowiem jest to w zasadzie zarzut sprowadzający się do stwierdzenia, że ZUS nie zgadza się z opinią, gdyż ma inne stanowisko w sprawie. Nie jest to jednak zarzut dotyczący kwestii medycznych (a tylko takie miałyby jakiegokolwiek znaczenie), a de facto podtrzymanie dotychczasowego stanowiska. Wbrew przy tym argumentom pozwanego biegły wziął pod uwagę stanowiska obu stron, w pełni badając dokumentację

medyczną, a także dokonując badania fizykalnego i dopiero to doprowadziło go do przedstawionych wniosków. Nie może spotkać się z akceptacją Sądu notoryczną i w żaden sposób nieuzasadnione kwestionowanie opinii biegłych sądowych wyłącznie z tej przyczyny, że jest ono odmienne od stanowiska lekarzy zatrudnionych w organie (przy czym w przeważającej mierze orzecznicy nie posiadają odpowiedniej wiedzy medycznej przy badaniu konkretnego przypadku, będąc specjalistami przypadkowych dziedzin, nieodpowiadających zgłaszanym przez ubezpieczonych schorzeniom), prowadzi to bowiem wyłącznie do nieuzasadnionego mnożenia kosztów sądowych. Nie sposób za trafne uznać stanowiska organu, który z oczywistych względów zdaje się nie zauważać treści dokumentacji medycznej znajdującej się w aktach sprawy, na którą powołuje się biegły. Dokumentacja ta wskazuje jednoznacznie, iż także podczas wizyty mającej miejsce w spornym pomiędzy stronami dniu 21 czerwca 2016 r. (k. 27v), lekarz A. B. stwierdziła istnienie bólów kręgosłupa promieniujących do prawej kończyny dolnej i wystawiła zaświadczenie o niezdolności do pracy na okres od 22 czerwca do 7 lipca 2016 r. W tej sytuacji, biorąc pod uwagę długotrwałość schorzeń natury neurologicznej oraz dalszą niezdolność ubezpieczonej do pracy (potwierdzoną zresztą orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS o zasadności przyznania świadczenia rehabilitacyjnego) należało przyjąć, iż wystawienie zaświadczenia lekarskiego w dniu 21 czerwca 2016 r. na okres od dnia 22 czerwca 2016 r. stanowiło wyłącznie omyłkę rachunkową lub pisarską, co nie zmienia faktu nieprzerwanej niezdolności do pracy I. J. (1) także w dniu 21 czerwca 2016 r.

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). W toku rozprawy w dniu 30 maja 2017 r. (k. 58) oddalono wniosek o dopuszczenie dowodu z kolejnej opinii, uznając sprawę za dostatecznie wyjaśnioną. Opinia biegłego sądowego była jasna, logiczna, spójna i wyjaśniała wszelkie pojawiające się wątpliwości natury medycznej w sprawie. Kolejne dowody z opinii biegłych prowadziłyby więc wyłącznie do nieuzasadnionego mnożenia kosztów sądowych i przewłoki postępowania. Pozwany nie zgłosił natomiast w tym zakresie zastrzeżeń w trybie art. 162 k.p.c. (zob. wyroki: SA w Warszawie z dnia 17 września 2015 r., I ACa 52/15, Lex nr 1929533 i SA w Lublinie z dnia 5 listopada 2015 r., III AUa 688/15, Lex nr 1927410).

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. Zasiłek chorobowy przysługuje również osobie, która stała się niezdolna do pracy po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli niezdolność do pracy trwała bez przerwy co najmniej 30 dni i powstała nie później niż w ciągu 14 dni od ustania tytułu ubezpieczenia chorobowego (art. 7 pkt 1). 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 została spowodowana gruźlicą lub występuje w trakcie ciąży – nie dłużej niż przez 270 dni. W tym kontekście trzeba jednoznacznie wskazać, iż z opinii biegłego sądowego wynika jednoznacznie, że ubezpieczona była niezdolna do pracy także w dniu 21 czerwca 2016 r., a przerwa w wystawionych jej zaświadczeniach lekarskich nie wynikała z pewnością z poprawy stanu jej zdrowia w tym dniu. Zdaniem Sądu mogła natomiast wynikać ze zwykłej omyłki lekarza prowadzącego, co jednakże nie ma

jakiegokolwiek znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy albowiem decydującą kwestią, w świetle powołanych przepisów jest fakt niezdolności do pracy, nie zaś wystawienia zaświadczenia lekarskiego na tą okoliczność. Brak bowiem samego zaświadczenia lekarskiego może bowiem nastąpić z wielu obiektywnych przyczyn, często nawet niezawinionych (np. istniejące ówczesne problemy z wizytą u lekarza).

Poza sporem pozostawało, iż ubezpieczona zachorowała jeszcze w trakcie trwania ubezpieczenia społecznego (od 7 marca 2016 r.) i niezdolność ta trwała, zdaniem Sądu nieprzerwanie (łącznie z kwestionowanym przez organ dniem 21 czerwca 2016 r.) co najmniej aż do dnia 25 lipca 2016 r., w związku z czym należało przyznać jej prawo do zasiłku chorobowego za okres od 22 czerwca 2016 r. do 25 lipca 2016 r. odnosząc się natomiast do podstawy prawnej wskazanej przez pozwanego w zaskarżonej decyzji trzeba wskazać, że I. J. przysługiwał zasiłek chorobowy na podstawie art. 6 ustawy zasiłkowej, albowiem zachorowała jeszcze w trakcie trwania stosunku pracy (zob. wyrok SA w Katowicach z dnia 13 lutego 2002 r., III AUa 3681/01, OSA 2004/11/25).

Z uwagi na powyższe, Sąd na podstawie art. 477<sup>14</sup> § 2 k.p.c. orzekł jak w sentencji.

SSR Marcin Winczewski