

## UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 8 czerwca 2017 r. Sąd Rejonowy dla Łodzi -Śródmieścia w Łodzi, X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołania J. Z. (1) od decyzji ZUS II Oddziału w Ł. z dnia: 4 września 2014 r. nr (...), 16 września 2014 r. nr (...), 26 września 2014 r. nr (...), 13 października 2014 r. nr (...), 27 października 2014 r. nr (...), 7 listopada 2014 r. nr (...), 23 stycznia 2015 r. nr (...), 6 lutego 2015 r. nr (...), 11 lutego 2015 r. nr (...), 3 marca 2015 r. nr (...), 19 marca 2015 r. nr (...), 31 marca 2015 r. nr (...), 10 kwietnia 2015 r. nr (...).

Powyższe orzeczenie zapadło w oparciu o następujące ustalenia faktyczne:

Decyzją z dnia 04 września 2014r Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w Ł. odmówił J. Z. (2) prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 07 lipca 2014r do dnia 01 września 2014r. Na uzasadnienie stanowiska ZUS podniósł, że okres zasiłkowy 182 dni wnioskodawczyni wyczerpała w dniu 09 czerwca 2013r, ponieważ do jednego okresu zasiłkowego należało wliczać wszystkie okresy niezdolności do pracy nieprzedzielone przerwami dłuższymi niż 60 dni, które przypadały do dnia 04 czerwca 2014r (zasiłek chorobowy i 360 dni świadczenia rehabilitacyjnego) i od dnia 07 lipca 2014r (chorzenia współistniejące w obu w/w okresach). Wnioskodawczyni nie nabyła więc prawa do nowego okresu zasiłkowego.

Kolejną decyzją z dnia 16 września 2014 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w Ł. odmówił J. Z. (2) prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 02 września 2014r do dnia 15 września 2014r. Na uzasadnienie stanowiska ZUS podniósł argumentację tożsamą z prezentowaną w decyzji z dnia 04 września 2014r.

Decyzją z dnia 26 września 2014r Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w Ł. odmówił J. Z. (2) prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 16 września 2014r do dnia 29 września 2014r. Na uzasadnienie stanowiska ZUS podniósł, że okres zasiłkowy 182 dni wnioskodawczyni wyczerpała w dniu 09 czerwca 2013r, ponieważ do jednego okresu zasiłkowego należało wliczać wszystkie okresy niezdolności do pracy nieprzedzielone przerwami dłuższymi niż 60 dni, które przypadały do dnia 04 czerwca 2014r (zasiłek chorobowy i 360 dni świadczenia rehabilitacyjnego) i od dnia 07 lipca 2014r (chorzenia współistniejące w obu w/w okresach). Wnioskodawczyni nie nabyła więc prawa do nowego okresu zasiłkowego.

Kolejną decyzją z dnia 13 października 2014r Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w Ł. odmówił J. Z. (2) prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 30 września 2014r do dnia 14 października 2014r. Na uzasadnienie stanowiska ZUS podniósł argumentację tożsamą z prezentowaną w decyzji z dnia 26 września 2014r.

Decyzją z dnia 27 października 2014r Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w Ł. odmówił J. Z. (2) prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 14 października 2014r do dnia 27 października 2014r. Na uzasadnienie stanowiska ZUS podniósł argumentację tożsamą z prezentowaną w decyzji z dnia 04 września 2014r.

Kolejną decyzją z dnia 07 listopada 2014r Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w Ł. odmówił J. Z. (2) prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 28 października 2014r do dnia 03 listopada 2014r. Na uzasadnienie stanowiska ZUS podniósł argumentację tożsamą z prezentowaną w decyzji z dnia 04 września 2014r.

Decyzją z dnia 23 stycznia 2015r Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w Ł. odmówił J. Z. (2) prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 07 listopada 2014r do dnia 19 stycznia 2015r. Na uzasadnienie stanowiska ZUS podniósł, że wnioskodawczyni nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od lipca 2014r, ponieważ za ten miesiąc nie opłaciła składki w pełnej wysokości (tak, jak i za listopad 2014r). Natomiast za miesiące od sierpnia 2014r do grudnia 2014r składek nie opłaciła w całości. Niezdolność do pracy powstała więc w okresie, gdy nie była ubezpieczona chorobowo.

Kolejną decyzją z dnia 06 lutego 2015r Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w Ł. odmówił J. Z. (2) prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 20 stycznia 2015r do dnia 02 lutego 2015r. Na uzasadnienie stanowiska ZUS podniósł argumentację tożsamą z prezentowaną w decyzji z dnia 23 stycznia 2015r.

Decyzją z dnia 11 lutego 2015r Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w Ł. odmówił J. Z. (2) prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 03 lutego 2015r do dnia 16 lutego 2015r. Na uzasadnienie stanowiska ZUS podniósł argumentację tożsamą z prezentowaną w decyzji z dnia 23 stycznia 2015r.

Decyzją z dnia 03 marca 2015r Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w Ł. odmówił J. Z. (2) prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 17 lutego 2015r do dnia 02 marca 2015r. Na uzasadnienie stanowiska ZUS podniósł, że wnioskodawczyni nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od lipca 2014r, ponieważ za ten miesiąc nie opłaciła składki w pełnej wysokości (tak, jak i za listopad 2014r). Natomiast za miesiące od sierpnia 2014r do grudnia 2014r składek nie opłaciła w ogóle. Niezdolność do pracy powstała więc w okresie, gdy nie była ubezpieczona chorobowo.

Kolejną decyzją z dnia 19 marca 2015r Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w Ł. odmówił J. Z. (2) prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 03 marca 2015r do dnia 16 marca 2015r. Na uzasadnienie stanowiska ZUS podniósł argumentację tożsamą z prezentowaną w decyzji z dnia 03 marca 2015r.

Decyzją z dnia 31 marca 2015r Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w Ł. odmówił J. Z. (2) prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 17 marca 2015r do dnia 31 marca 2015r. Na uzasadnienie stanowiska ZUS podniósł, że wnioskodawczyni nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od lipca 2014r, ponieważ za ten miesiąc nie opłaciła składki w pełnej wysokości (tak, jak i za listopad 2014r). Natomiast za miesiące od sierpnia 2014r do grudnia 2014r składek nie opłaciła w całości. Niezdolność do pracy powstała więc w okresie gdy nie była ubezpieczona chorobowo.

Kolejną decyzją z dnia 10 kwietnia 2015r Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w Ł. odmówił J. Z. (2) prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 01 kwietnia 2014r do dnia 07 kwietnia 2014r. Na uzasadnienie stanowiska ZUS podniósł argumentację tożsamą z prezentowaną w decyzji z dnia 31 marca 2015r.

Wnioskodawczyni otrzymywała zaskarżone decyzje zwykłymi listami.

Wnioskodawczyni otrzymywała zwolnienia lekarskie w okresach wskazanych w rozpatrywanych decyzjach, tj. także od dnia 07 lipca 2014r do dnia 03 listopada 2014r i od dnia 07 listopada 2014r do dnia 31 marca 2015r.

W okresie do dnia 09 czerwca 2013r wnioskodawczyni korzystała z zasiłków chorobowych, a zwolnienia wystawiano w związku z chorobą o numerze M 75 (zespół bolesnego barku prawego). Następnie przez 360 dni (do dnia 04 czerwca 2014r) przebywała na świadczeniu rehabilitacyjnym.

Od dnia 05 czerwca 2014r do dnia 18 czerwca 2014r wnioskodawczyni otrzymała kolejne zwolnienie lekarskie wydane z numerem statystycznym M47. Następnie od dnia 19 czerwca 2014r kolejne zwolnienia wystawiane z tym samym numerem aż do dnia 02 lipca 2014r. (Dni 03 i 04 lipca 2014r stanowiły dni robocze czwartek i piątek, a 05 i 06 lipca 2014r sobotę i niedzielę). Kolejne zwolnienie lekarskie na okres od dnia 07 lipca 2014r do dnia 21 lipca 2014r zawierało ten sam numer statystyczny, tak jak i kolejne zwolnienia wystawiane na nieprzerwane okresy niezdolności do pracy aż do dnia 03 listopada 2014r. Od dnia 07 listopada 2014 r. wnioskodawczyni otrzymała zwolnienie lekarskie od tego samego lekarza, co i wystawiający zwolnienia na większość z wymienionego wyżej okresu, tym razem z numerem statystycznym F32. Także zwolnienia wydawane wnioskodawczyni nieprzerwanie na okres do dnia 05 grudnia 2014r miały ten sam numer F32.

Wszystkie zwolnienia wskazane powyżej składała do ZUS.

Działalność gospodarcza wnioskodawczynie obejmowała prowadzenie sklepu chemiczno-kosmetycznego w ramach jednoosobowej działalności. W okresie miesiąca, licząc od dnia 05 czerwca 2014r, wnioskodawczynie nie podejmowała jeszcze pracy, leczyla się.

Wnioskodawczynie od wielu lat cierpi na dolegliwości bólowe kręgosłupa związane ze zmianami zwyrodnieniowymi i ich następstwami.

We wrześniu 2013r przeszła artroskopię stawu (akromioplastykę i szycie stożka rotatorów) spowodowaną zespołem bolesnego barku prawego(M 75) z utrzymującą się od wielu lat bez poprawy (mimo leczenia) dysfunkcją stawu barkowego prawego.

W dniu 05 czerwca 2014r u wnioskodawczynie stwierdzano ból w okolicy lędźwiowo-krzyżowej promieniujący do pośladka. W dniu 16 i 18 czerwca 2014r dolegliwości te utrzymywały się, nadal stwierdzano dolegliwości ze strony barku prawego. Następnie w dniu 07 lipca 2014r rozpoznawano te same dolegliwości (M47) z nasileniem w kolejnych dniach, stwierdzane nadal przez lekarza neurologa do końca września 2014r.

Niezdolność wnioskodawczynie do pracy trwająca do dnia 4 czerwca 2014r była spowodowaną inną chorobą (zespołem bolesnego barku prawego) niż niezdolność do pracy trwająca od dnia 07 lipca 2014r (zespół bólowy kręgosłupa na tle zmian zwyrodnieniowych). Jednakże w okresie od dnia 05 czerwca 2014r do dnia 06 lipca 2014r wnioskodawczynie nie odzyskała zdolności do pracy. Stwierdzano wówczas narastające bóle w okolicy lędźwiowo-krzyżowej z promieniowaniem do pośladka, a następnie do całej kończyny dolnej. Od dnia 16 czerwca 2014r jednocześnie stwierdzano ponownie dolegliwości bólowe ze strony prawego barku z ograniczeniem jego ruchomości. Od dnia 27 lipca 2014r dolegliwości ze strony kręgosłupa zaostrzyły się, dołączyły się trudności ze schylaniem, pojawił się objaw L. pod stronie lewej. Wszystkie w/w zmiany i dolegliwości powodowały cały czas i nieprzerwanie, także od dnia 05 czerwca 2015r do dnia 06 lipca 2014r i dalej od dnia 07 lipca 2014r niezdolność do pracy.

W lipcu 2014r wnioskodawczynie zapłaciła składkę na ubezpieczenia, w tym na chorobowe (za część miesiąc w kwocie 47,72 zł).

J.T.-Z. od kilku lat leczy się w związku z zaburzeniami depresyjnymi. Ma problemy z zaśnięciem, wybudza się w nocy, miewa nieprzyjemne sny, w ciągu dnia cierpi na bóle głowy. Ponadto ma problemy z koncentracją, łatwo zapomina, drażni ją hałas, telewizja denerwuje. Wnioskodawczynie miewa stany lękowe, często nie miała ochoty na aktywność, nie spotykała się ze znajomymi, unikała kontaktów, do chwili obecnej przyjmuje P. i T.. W grudniu 2016r wnioskodawczynie nadal leczyla się w związku depresją. Niezdolność do pracy w/w schorzenie wywoływało od dnia 07 listopada 2014r. Wcześniej, w tym w okresie od dnia 05 czerwca 2014r do dnia 06 listopada 2014r wnioskodawczynie nie była niezdolna do pracy z powodu zaburzeń depresyjnych.

W grudniu 2014r wnioskodawczynie była poddawana badaniom przez lekarzy ZUs w związku z wnioskiem o rentę z tytułu niezdolności do pracy. Wnioskodawczynie zgłaszała wówczas nadal bóle braku prawego oraz kręgosłupa L/S, nadal stwierdzano ograniczenie ruchomości barku prawego. Wnioskodawczynie skarżyła się także na zły stan psychiczny.

Sąd pierwszej instancji wskazał ,że stan faktyczny sprawy został ustalony w oparciu o dokumenty zgromadzone w aktach, nie kwestionowane przez strony i powołane powyżej. Podstawę ustaleń stanowiły, więc także dowody z dokumentacji medycznej wnioskodawczynie oraz częściowo jej zeznania.

Sąd zaznaczył ,że nie zasługiwały na wiarę i nie znalazły potwierdzenia w materiale dowodowym sprawy (ani też w regułach logicznego rozumowania popartych zasadami doświadczenia życiowego) twierdzenia wnioskodawczynie, że w okresie miesiąca po dniu 05 czerwca 2014r podjęła pracę na okres około tygodnia. Takie zeznania wnioskodawczynie złożyła dopiero tuż przed zamknięciem rozprawy, znając już treść opinii biegłych. Wcześniej (poza pismem jej pełnomocnika złożonym pod koniec sporu) nigdy nie podnosiła, aby taka sytuacja miała miejsce. Byłoby to zresztą nielogiczne i nieuzasadnione w związku z charakterem jednoosobowej działalności –sklepu chemicznego, która z

uwagi na bardzo długie okresy niezdolności wnioskodawczyni do pracy nie była przecież prowadzona. W przeciwnym wypadku działalność wykonywana jednoosobowo przez wnioskodawczynię byłaby podstawą do ustania prawa do zasiłku chorobowego na podstawie art. 17 ustawy zasiłkowej (gdyby wnioskodawczyni w ogóle takie prawo nabyła). Wnioskodawczyni nie była zresztą w stanie dokładnie wskazać kiedy tą działalność miała wykonywać, dlaczego, w jakim celu i z uwagi na co zaprzestała jej po około tylko tygodniu wykonywania. Liczne zapisy w dokumentacji medycznej, także z leczenia psychiatrycznego, wskazują że odwołująca się nie była przez cały rok 2014r i 2015r zdolna do wykonywania pracy z uwagi na ilość i jakość dolegliwości, objawów oraz podjęte i kontynuowane leczenie. Sąd zaznaczył, że twierdzenia te wnioskodawczyni skonstruowała na użytek procesu, celem wykazania zdolności do pracy w wymiarze co najmniej jednego dnia, aby uzyskać korzystne dla siebie rozstrzygnięcie. Nawet, jednak gdyby przystąpiła do pracy nawet na dłużej niż tydzień w ramach spornego okresu nie zmieniłoby to wniosków opinii biegłego, który jednoznacznie i kategorycznie wskazał, że w ocenianym okresie wnioskodawczyni nie odzyskała zdolności do pracy. W toku postępowania przed ZUS, jak i przed Sądem, wnioskodawczyni nie wskazała z jakiego powodu pojawiła się przerwa w wystawianiu zwolnień przez lekarza leczącego na dni 03 do 06 lipca 2014r. Stało się to po wizycie wnioskodawczyni w dniu 24 czerwca 2014r, gdy zgłaszała problemy ze zwolnieniami lekarskimi i miało zapewne stanowić uzasadnienie dla nabycia prawa do nowego okresu zasiłkowego od dnia 07 lipca 2014r (po „przerwie” w niezdolności do pracy), gdy wypisano zwolnienie z innym niż poprzednio kodem choroby (M47).

Sąd wskazał, że ostatecznie kluczową podstawą orzekania w sprawie stała się opinia biegłego lekarza psychiatry oraz ortopedy, uzupełniana na wniosek odwołującej się (działającej w toku sporu już poprzez pełnomocnika). Wobec braku dalszych, uzasadnionych wniosków dowodowych stron i w związku z treścią opinii w/w biegłych sąd uznał za zbędne korzystanie z wiedzy biegłych innych specjalności, zwłaszcza że na taką bezwzględną potrzebę nie wskazywali dotychczas opiniujący biegli. Sąd podkreślił, że pełnomocnik wnioskodawczyni ostatecznie nie domagał się opiniowania przez biegłego lekarza neurologa (wniosek cofnął), miał możliwość zadawania biegłemu ortopedzie pytań w trakcie rozprawy, nie ponawiał wniosku o opiniowanie przez biegłego tej samej specjalności ani o dalsze uzupełnianie wydanej już opinii. Wnioski strony odwołującej się o dopuszczenie dowodu z zeznań świadka i wnioskodawczyni na okoliczność stanu zdrowia ubezpieczonej w spornym okresie, objawów i ich przyczyn jako niedopuszczalne, podlegały oddaleniu. Informacje dotyczące powyższych kwestii zostały ustalone z dostępnej dokumentacji medycznej oraz na podstawie opinii biegłych. Przeciwwstawianie opiniom treści zeznań świadka i wnioskodawczyni byłoby nieuprawnione., nie mogłoby także stanowić dowodu istnienia okoliczności, do których ustalenia konieczna była wiedza specjalistyczna z zakresu medycyny. Sąd podkreślił, że tylko opinie biegłych i dokumentacja medyczna wnioskodawczyni prowadzona na bieżąco mogły stanowić źródło informacji w zakresie wskazanych wcześniej przesłanek istotnych dla rozstrzygnięcia sporu. Opinie biegłych psychiatry, jak i ortopedy, były pełne, rzeczowe, logiczne, oparte na dowodach z dokumentów i na badaniu wnioskodawczyni. Strony nie formułowały zarzutów do opinii, które wyłączyłyby bądź podważyły ich wartość dowodową. Pisma pełnomocnika wnioskodawczyni stanowiły w zasadniczej części polemikę z ustaleniami biegłych i nie mogły stanowić podstawy do odmowy mocy dowodowej opinii. Opinia każdego biegłego była zasadniczo jednoznaczna, znajdowała oparcie w dokumentacji medycznej. Samo niezadowolenie strony z niekorzystnych dla siebie opinii, nie mogło uzasadniać kontynuowania postępowania dowodowego do czasu uzyskania opinii korzystnej. Biegli dostatecznie, przekonująco uzasadnili swoje stanowiska i przekonali Sąd co do wyprowadzonych wniosków. Wskazane powyżej opinie biegłych stały się więc zasadniczą podstawą ustaleń, a strony nie domagały się dalszego kontynuowania postępowania dowodowego. Zważywszy, że materiał dowodowy został już dostatecznie przygotowany do rozstrzygnięcia, kontynuowanie takiego postępowania nie byłoby uzasadnione.

Sąd pierwszej instancji zaznaczył, że dowód z opinii biegłego ma szczególny charakter, a mianowicie korzysta się z niego w wypadkach wymagających wiadomości specjalnych. Do dowodów tych nie mogą więc mieć zastosowania wszystkie zasady o prowadzeniu dowodów, a w szczególności art. 217 § 1 k.p.c. W konsekwencji nie można przyjąć, że Sąd obowiązany jest dopuścić dowód z kolejnych biegłych w każdym wypadku, gdy opinia złożona jest niekorzystna dla strony. W świetle art. 286 k.p.c. Sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z dalszych biegłych lub z opinii instytutu, gdy zachodzi tego potrzeba, a więc wówczas, gdy opinia złożona już do sprawy zawiera istotne braki, względnie też nie wyjaśnia istotnych okoliczności (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 1974 II CR 817/73niepubl.).

Jak podkreśla się także w orzecznictwie o ewentualnym dopuszczeniu dowodu z opinii innego biegłego tej samej specjalności medycznej nie może decydować wyłącznie wniosek strony, lecz zawarte w tym wniosku konkretne uwagi i argumenty podważające miarodajność dotychczasowej opinii lub co najmniej miarodajność tę poddające w wątpliwość. W przeciwnym wypadku wniosek taki musi być uznany za zmierzający wyłącznie do nieuzasadnionej zwłoki w postępowaniu, co winno skutkować jego pominięciem (art. 217 § 2 k.p.c.) – (tak wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 5 czerwca 2002 r., III AUa 811/02, OSA 2003/9/35).

Sąd podkreślił, że przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego może zostać w okolicznościach sprawy ograniczone do złożenia jej w formie pisemnej, gdy opinia nie zawiera braków, a ostatecznie złożone zastrzeżenia były ogólnikowe i stanowiły subiektywną ocenę stanu zdrowia. Sąd nie był obowiązany dążyć do takiego stanu, żeby strony zgadzały się ze złożoną opinią. Wystarczy, że opinia jest przekonująca dla sądu, który ocenia, czy biegły wyjaśnił wątpliwości zgłoszone przez stronę. (Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi, z dnia 18 marca 2016 r., I ACa 1381/15). Zadaniem biegłego jest udzielenie sądowi, na podstawie posiadanych wiadomości fachowych i doświadczenia zawodowego, informacji i wiadomości niezbędnych do ustalenia i oceny okoliczności sprawy. Takich informacji i wiadomości w zakresie niezbędnym dla wyrokowania dostarczyły opinie biegłych. 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., (...) 47/09, L.). Wykazywanie okoliczności, uzasadniających powołanie kolejnego biegłego, pozostaje w gestii strony. To strona powinna wykazać się niezbędną aktywnością i wykazać błędy, sprzeczności lub inne wady w opiniach biegłych, które dyskwalifikują istniejące opinie, ewentualnie uzasadniają powołanie dodatkowych opinii (wyr. SN z 16.9.2009 r., (...) 102/09, L.). W konsekwencji należy uznać, że sąd nie ma obowiązku dopuszczenia dowodu z opinii kolejnych biegłych czy też z opinii instytutu w każdym wypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony, ale ma obowiązek dopuszczenia takiego dowodu wówczas, gdy zachodzi tego potrzeba, w szczególności, gdy w sprawie zostały wydane sprzeczne opinie biegłych (wyr. SN z 1.9.2009 r., (...) 83/09, L.). Dowód z opinii biegłego z uwagi na składnik w postaci wiadomości specjalnych jest dowodem tego rodzaju, iż nie może być zastąpiony inną czynnością dowodową, np. przesłuchaniem świadka (tak wyr. SN z 24.11.1999 r., (...) 223/98, L.).

W oparciu o tak ustalony stan faktyczny, Sąd Rejonowy uznał, iż odwołania nie zasługiwały na uwzględnienie.

Sąd wskazał, że odwołania podlegały oddaleniu z uwagi na treść art. 8 i art. 9 ust.2 ustawy zasiłkowej, a w zakresie dalszych okresów zasiłkowych także na podstawie art.1 i 6 ustawy zasiłkowej.

Sąd zaznaczył, że odwołania podlegały rozpoznaniu i nie było podstaw do ich odrzucania.

Sąd rozpoznając odwołania merytorycznie, uznał, że wbrew twierdzeniom pełnomocnika odwołującej się, wnioskodawczynie w dniu 09 czerwca 2013r wyczerpała pełny 182 dniowy okres zasiłkowy, po których skorzystała jeszcze z 360 dni świadczenia rehabilitacyjnego. Mimo tego, w okresie od dnia 05 czerwca 2014r do dnia 07 lipca 2014r i dalej w okresach wskazanych w zaskarżonych decyzjach, wnioskodawczynie była nieprzerwanie niezdolna do pracy. Potwierdziła to opinia biegłego ortopedy, dane zawarte w dokumentacji medycznej wnioskodawczynie, a także istotny fakt, że nawet lekarz leczący wystawiał w tym czasie (z wyjątkiem krótkiej przerwy na dni 03 do 06 lipca 2014r) zwolnienia lekarskie potwierdzające nieprzerwaną niezdolność do pracy. Należy przy tym zaznaczyć, że nawet przyjęcie (co byłoby sprzeczne z wnioskami biegłego ortopedy i nieuzasadnione), iż wnioskodawczynie w dniach 03 do 06 lipca 2014r odzyskała zdolność do pracy nie zmieniłoby treści rozstrzygnięcia. Niezdolność do pracy trwająca do dnia 04 czerwca 2014r (co potwierdza nie tylko opinia biegłego ortopedy, ale i dokumentacja orzecznicza ZUS) i dalej od dnia 16 czerwca 2014r były spowodowane także zespołem bolesnego barku prawego, więc tą samą chorobą. W tym czasie odnotowano pogorszenie stanu tejże kończyny co potwierdzają zapisy w dokumentacji medycznej i zwolnienia lekarskie wydawane na to schorzenie jako współistniejące (co potwierdził biegły ortopeda). Przyjęcie, więc istnienia nowego okresu zasiłkowego od dnia 07 lipca 2014r nie byłoby uprawnione. Co istotne, do dnia 02 lipca 2014r wnioskodawczynie otrzymywała zwolnienia lekarskie na zespół bolesnego barku prawego, co spowodowało odmowę organu rentowego wypłaty zasiłku. O problemie tym wnioskodawczynie rozmawiała z lekarzem na wizycie w dniu 24 czerwca 2014r co odnotowano w kartach historii choroby. Następnie, od dnia 07 lipca 2014r dostarczyła do ZUS zwolnienia lekarskie z kodem M47, tj. zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa(choć w dokumentacji nadal wpisywano

dolegliwości barku prawego, a na ograniczenie ruchomości tego barku potwierdzone badaniem przedmiotowym wnioskodawczyni skarżyła się przez lekarzami ZUS jeszcze w grudniu 2014r starając się o rentę z tytułu niezdolności do pracy).

Na podstawie całokształtu sprawy, Sąd przyjął, że wnioskodawczyni w okresie od dnia 05 czerwca 2014r do dnia 07 lipca 2014r i dalej była niezdolna do pracy bez dnia przerwy (od dnia 16 czerwca 2014r także z uwagi na bolesny bark prawy). Brak jakiegokolwiek przerwy w okresach niezdolności do pracy wyłączał możliwość nabycia prawa do zasiłku chorobowego w spornym okresie od dnia 07 lipca 2014r i rodził obowiązek zapłaty składek na ubezpieczenie chorobowe od miesiąca lipca 2014r i dalej. Wnioskodawczyni nie wykazała (co jest zgodne z twierdzeniami i ustaleniami ZUS), aby za miesiące od sierpnia 2014r i dalej do końca roku opłacała składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Z treści jej kolejnych odwołań wynika, że uważała, iż nie ma takiego obowiązku, a jej proces dotyczący zasiłku chorobowego za okres zwolnienia od dnia 07 lipca 2014r potwierdzi jej stanowisko. Ostatecznie okazało się, że składka za lipiec 2014r nie została opłacona w prawidłowej wysokości (nawet, gdyby było inaczej to i tak wskazana powyżej ocena skutkowałaby oddaleniem odwołania od decyzji z września 2014r z uwagi na nienabycie prawa do nowego okresu zasiłkowego).

Sąd podkreślił, że brak wpłat składek na ubezpieczenie chorobowe od sierpnia 2014r do końca roku i dalej skutkowało ustaniem dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Nabycie uprawnień do zasiłku chorobowego z takiego ubezpieczenia wymagałoby natomiast 3-ch miesięcy wyczekiwania w tym ubezpieczeniu, co nie miało miejsca (art.4 ust.1 pkt.2 ustawy zasiłkowej). Także więc w trzech pierwszych miesiącach 2015r wnioskodawczyni nie nabyła prawa do zasiłku chorobowego. Na żadnym etapie procesu wnioskodawczyni nie twierdziła zresztą, aby w roku 2014 czy 2015 składała nowy wniosek o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, konieczny do ponownego nabycia statusu ubezpieczonej na wypadek choroby.

Sąd zaznaczył, że przepis art. 8 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U.z 1999, nr 60, poz. 636, ze zm.), stanowi, że zasiłek chorobowy przysługuje przez okres trwania niezdolności do pracy z powodu choroby nie dłużej jednak niż przez 182 dni. Przepis art. 9 ust.2 ustawy zasiłkowej stanowi natomiast, że 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 przekroczyła 60 dni. W myśl art. 6 ust.1 ustawy zasiłkowej, zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego. W wyroku z dnia 6 listopada 2008r (II UK 86/08) Sąd Najwyższy orzekł, iż pojęcia "ta sama choroba", użytego w art. 9 ust. 1 i 2 ustawy "zasiłkowej" nie należy odnosić do tych samych numerów statystycznych, zgodnych z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (...)<sup>10</sup>, gdyż nie chodzi o identyczne objawy odpowiadające 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. Z omawianego przepisu nie wynika również, że zasady wliczania przerw mają zastosowanie tylko do jednej przerwy w niezdolności do pracy. Tak więc do kolejnego okresu zasiłkowego należy doliczać te okresy niezdolności do pracy z powodu tej samej choroby, które zakończyły się w okresie krótszym niż 60 dni, licząc od dnia powstania kolejnej niezdolności. Ustanie "poprzedniej niezdolności do pracy" (art. 9 ust. 2 ustawy z 25.6.1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego zgłoszonego w razie choroby i macierzyństwa t.j. Dz.U z 2005 r. Nr 31, poz. 267 ze zm.) oznacza ustanie niezdolności do pracy, w znaczeniu medycznym. (Uchwała SN z dnia 2 września 2009 r., II UZP 7/09). W uzasadnieniu powyższego wyroku SN słusznie podkreślił, że sumowanie następujących po sobie w krótkich odstępach czasu okresów niezdolności do pracy z powodu tej samej choroby ma na celu oddzielenie stanów przemijających od ustabilizowanych. Sąd Najwyższy podkreślił, że w przypadkach, gdy ten sam proces chorobowy czyni pracownika wielokrotnie niezdolnym do pracy w dość krótkich odstępach czasu uzasadnione jest przypuszczenie, że wpływ stanu zdrowia na zdolność do pracy nie ma charakteru czasowego (przemijającego). W związku z powyższym niewłaściwe byłoby w takich sytuacjach rozpoczynanie biegu okresu zasiłkowego z każdą taką niezdolnością od nowa. Takie działanie pozwalałoby bowiem na przebywanie na zasiłku bez końca, mimo że w rzeczywistości stan zdrowia kwalifikowałby pracownika, np. do renty z tytułu niezdolności do pracy.

Reasumując Sąd wskazał, że odwołania podlegały oddaleniu jako niezasadne na podstawie art. 8 i 9 ustawy zasiłkowej, wobec wyczerpania pełnego okresu zasiłkowego z dniem 09 czerwca 2013r. Jednocześnie, brak prawa do zasiłku i nieopłacenie składek za ubezpieczenie chorobowe dobrowolne, powodował w dalszych okresach niezdolności do pracy ustanie podstawy do wypłaty takiego świadczenia, tj. ubezpieczenia na wypadek choroby.

Sąd podkreślił, że w myśl art. 1 ust.1 ustawy zasiłkowej świadczenia pieniężne na warunkach i w wysokości określonych ustawą przysługują osobom objętym ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa określonym w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 121, z późn. zm.), zwanym dalej "ubezpieczonymi". Ubezpieczeniem dobrowolnym objęte są osoby fizyczne wymienione w art. 6 w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, które na swój wniosek objęte są obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowym., w tym, m.in. osoby prowadzące pozarolniczą działalność oraz osoby z nimi współpracujące. Transformacja systemu zabezpieczenia społecznego doprowadziła do współistnienia z jednej strony solidarnego zabezpieczenia od ryzyk życiowych, a z drugiej do samodzielnego kształtowania tego ubezpieczenia przez jednostkę, przy wzajemności składki i świadczeń. W konsekwencji, rację bytu ubezpieczenia stanowią zgromadzone fundusze, których redystrybucja podlega ścisłym regułom ustawowym, a podstawę roszczeń wobec funduszu ubezpieczenia chorobowego stanowi opłacanie (dobrowolne lub przymusowe) składek na to ubezpieczenie (uchwała SN z dnia 12 czerwca 2002 r., III UZP 4/02, OSNP 2002, nr 24, poz. 601; Biul. SN 2002, nr 6, s. 4; Prok. i Pr. 2002, nr 12, s. 49; OSNP-wkł. 2002, nr 14, poz. 2; M. Prawn. 2002, nr 16, s. 725; Wokanda 2003, nr 2, s. 23; Wokanda 2003, nr 3, s. 24). Ubezpieczenie chorobowe finansowane jest wyłącznie przez ubezpieczonego, a składka wynosi 2,456% podstawy jej wymiaru (art. 22 ust. 1 pkt 3 u.s.u.s.).

Zgodnie z art. 14 ustawy systemowej, objęcie dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym, rentowymi i chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony, z zastrzeżeniem ust. 1a. Objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4.

(...) emerytalne i rentowe oraz chorobowe, o których mowa w ust. 1, ustają: 1) od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony; 2) od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie - w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących, duchownych oraz osób wymienionych w art. 7; w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, z zastrzeżeniem ust. 2a; 3) od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom. W przypadku, o którym mowa w ust. 2 pkt. 2, jeżeli za część miesiąca został pobrany zasiłek, ubezpieczenie chorobowe ustaje od dnia następującego po dniu, za który zasiłek ten przysługuje. Za okres opłacania składek uważa się także okres pobierania wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy wskutek choroby lub odosobnienia w związku z chorobą zakaźną oraz zasiłków.

Sąd zaznaczył, że dla wnioskodawczynie ubezpieczenie chorobowe ustało więc od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie (tj. od lipca 2014r). W toku sporu nie pojawiły się zarzuty, aby wnioskodawczynie wystąpiła do ZUS z wnioskiem o przywrócenie terminu opłat składek bądź o wydanie decyzji dotyczącej ustalenia okresów podlegania ubezpieczeniu chorobowemu.

Reasumując, Sąd wskazał, że zaskarżone decyzje były prawidłowe. Wnioskodawczynie nie nabyła prawa do nowego okresu zasiłkowego w całym okresie objętym sporem, będąc nieprzerwanie niezdolna do pracy także po dniu 04 czerwca 2014r, gdy zakończyła cały okres świadczenia rehabilitacyjnego. Ponadto, brak składek na ubezpieczenie chorobowe od lipca 2014r spowodował ustanie ubezpieczenia chorobowego, które dla prowadzących działalność gospodarczą nie jest obowiązkowe. Wobec powyższego, wszystkie odwołania Sąd Rejonowy oddalił.

Apelację od powyższego orzeczenia złożył pełnomocnik J. Z. (1) . Wyrok zaskarżył w całości i wniósł o jego zmianę poprzez uwzględnienie odwołań oraz o zasądzenie od organu rentowego na rzecz wnioskodawczyni kosztów procesu za obie instancje.

Zaskarżonemu wyrokowi zarzucił:

1) naruszenie prawa materialnego:

a) art. 8, 9 ust. 2 Ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz. U. Nr 159/2014) poprzez niewłaściwe zastosowanie;

b) art. 6 kc poprzez nieprawidłowe rozłożenie ciężaru dowodu niezdolności wnioskodawczyni do pracy w okresie, w którym nie korzystała ze zwolnienia lekarskiego.

2) Naruszenie prawa procesowego :

a) art. 233 § 1 kpc, 316 kpc, 278 kpc poprzez nieprawidłową ocenę uzupełniającej opinii biegłego ortopedy A. W., wygłoszonej na rozprawie w dniu 6.04.2017 r. i wyciągnięcie zeń nieprawidłowych wniosków co do niezdolności wnioskodawczyni do pracy w okresie od 5 czerwca 2014 r. do 7 lipca 2014 r., a następnie poczynienie w oparciu o te błędne wnioski nieprawidłowych ustaleń faktycznych,

b) art. 217 § 3 kpc poprzez zaniechanie dopuszczenia dowodu z zeznań świadka T. Z. na okoliczność podjęcia przez wnioskodawczynię pracy w okresie od 5 czerwca do 6 lipca 2014 r.,

c) art. 233 § 1 kpc w zw. z art. 299 kpc poprzez odmowę wiarygodności zeznaniom wnioskodawczyni w przedmiocie podjęcia pracy w terminie podanym w pkt b.

d) art. 232 kpc poprzez dopuszczenie przez Sąd z urzędu dowodu z opinii biegłego ortopedy na okoliczność „czy w okresie od 5 czerwca 2014 r. do 6 lipca 2014 r. wnioskodawczyni była zdolna do pracy, czy też mimo braku zwolnień lekarskich była nadal niezdolna do pracy, a jeśli tak – to na jaką chorobę”, mimo, że organ rentowy ,reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika nie złożył takiego wniosku i nie wskazywał na tę okoliczność, jako podstawy zaniechania zapłaty zasiłku chorobowego wnioskodawczyni.

W uzasadnieniu skarżący wskazał, że w warunkach procesu kontradyktoryjnego dopuszczalność dowodu niewskazanego przez strony, ma charakter wyjątkowy i może nastąpić jedynie wtedy, gdy nie ma innej możliwości doprowadzenia do właściwego rozstrzygnięcia sprawy Jest to prawo sądu, a nie obowiązek i skorzystanie z tego uprawnienia uzależnione jest od oceny sytuacji procesowej danej sprawy. Natomiast nie może być wynikiem nieskorzystania ze środków procesowych przez stronę, zwłaszcza reprezentowaną przez zawodowego pełnomocnika (post. SN z dn. 10.07.2017 r. VCSK 296/16 LEX 2297422).Artykuł 232 zd. 2 kpc nie może być interpretowany w oderwaniu od zdania pierwszego tego przepisu. Stanowi on istotny wyjątek od zasady kontradyktoryjności i wynikającego z niej ciężaru dostarczenia dowodów przez strony. Przeprowadzenie dowodu przez sąd z urzędu z reguły jest korzystne dla jednej ze stron, co może prowadzić do naruszenia zasady równości, a przede wszystkim do podważenia zaufania do sądu. Oczywistym jest przy tym, że uzupełnienie z urzędu materiału faktycznego sprawy nie może prowadzić do wyjścia poza granice zgłoszonego żądania ani wykraczać poza krąg okoliczności faktycznych uzasadniających żądanie (wyrok SN z dn. 17.01.2017 r., IV CSK 54/16 LEX , (...)). Sąd Rejonowy dopuścił z urzędu dowód z opinii biegłego ortopedy na ikoniczność „czy w okresie od 5.06.2014 r. do 6 lipca 2014 r. wnioskodawczyni była zdolna do pracy, czy też mimo braku zwolnień lekarskich nadal niezdolna do pracy, a jeśli tak, to z uwagi na jaką chorobę” (postanowienie z dn. 30.01.2015 r. na posiedzeniu niejawnym). Uzyskawszy opinię potwierdzającą niezdolności do pracy wnioskodawczyni w zakreślonym czasie , Sąd Rejonowy poczynił stosowne ustalenia faktyczne i oddalił skargi wnioskodawczyni na tej podstawie. Uwadze Sądu Rejonowego uszło i to, że ciężar dowodu niezdolności do pracy wnioskodawczyni w całym okresie od 5 czerwca 2014 r. do 6 lipca 2014 r. mimo braku zwolnień lekarskich, obciążał Zakład Ubezpieczeń Społecznych –jako wywodzący zeń skutek prawny. Wbrew ocenie Sądu Rejonowego



opinia biegłego ortopedy dr A. W. w tym przedmiocie daleka jest od jednoznaczności. W dokumentacji lekarskiej wnioskodawczyni nie ma wzmianki o dolegliwościach bólowych. Ip. W okresie od 3 lipca do 7 lipca 2014 r., co wskazuje prima facie na przerwę w niezdolności do pracy. W świetle zasad wykładni ustawy zasiłkowej niespornym jest, że jeśli niezdolność do pracy jest spowodowana różnymi chorobami, wystąpienie choćby jednodniowej przerwy powoduje, że okres zasiłkowy należy liczyć od początku. Istotnym jest i to, że ZUS przyjął od wnioskodawczyni składkę na ubezpieczenie chorobowe za okres po 4.06.2014 r. I nie zwrócił tego świadczenia. Skoro Sąd Rejonowy okoliczność podjęcia przez J. Z. (1) pracy w okresie 5.06.2014 r. – 7.07.2014 r. uznał za niedowiedzioną, to niezasadne było oddalenie wniosku dowodowego o przesłuchanie świadka T. Z. na tę okoliczność. Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie powoływał jako przyczyny odmowy zapłaty wnioskodawczyni zasiłku chorobowego, faktu nie uiszczenia składki po lipcu 2014 roku. I w tym wypadku stanowisko Sądu pozostaje w sprzeczności z argumentacją organu rentowego.

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

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie, bowiem orzeczenie Sądu Rejonowego jest prawidłowe i znajduje oparcie zarówno w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym, jak i w obowiązujących przepisach prawa.

Sąd Okręgowy w pełni aprobuje ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji i przyjmuje je jako własne. Podziela również wywody prawne zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, nie znajdując żadnych podstaw do jego zmiany bądź uchylecia.

Spór w niniejszej sprawie dotyczył prawa J. Z. (1) do zasiłku chorobowego w okresach wskazanych w zaskarżonych decyzjach.

Celem zaś wyjaśnienia kwestii spornych objętych zaskarżonymi decyzjami, Sąd I instancji przeprowadził postępowanie dowodowe, które zdaniem Sądu Okręgowego było właściwe i na podstawie którego dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych.

Podkreślić należy, że w myśl art.8 oraz art.9 ust.1 i 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jednolity Dz.U. z 2017 r., poz. 1368) 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. 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.

W ocenie Sądu Okręgowego dokonana przez Sąd Rejonowy ocena zgromadzonego w postępowaniu materiału dowodowego jest prawidłowa. W rozpoznawanej sprawie Sąd Rejonowy uczynił podstawą swego rozstrzygnięcia opinię biegłego sądowego ortopedy, zgodnie z którą wnioskodawczyni w okresie od 5 czerwca 2014 r. do 7 lipca 2014 r. i dalej była niezdolna do pracy bez dnia przerwy, a brak jakiegokolwiek przerwy w okresach niezdolności do pracy wyłączał możliwość nabycia prawa do zasiłku chorobowego w spornym okresie od 7 lipca 2014 r. Wprawdzie biegły w ustnej opinii uzupełniającej wskazywał, że nie jest wykluczone, że w okresie od 5 czerwca 2014 r. do 7 lipca 2014 r. wnioskodawczyni mogła odzyskać w pełni zdolność do pracy, to jednak podtrzymał on wcześniej wydaną opinię pisemną opartą na bezpośrednim badaniu wnioskodawczyni oraz dokumentacji obejmującej pełen okres pobierania przez wnioskodawczynię zasiłku chorobowego oraz okres pobierania świadczenia rehabilitacyjnego. W związku zaś z brakiem opłacenia dobrowolnej składki na ubezpieczenie chorobowe w prawidłowej wysokości (od lipca 2014 r.), bądź też w ogóle (od sierpnia 2014 r.) bądź też w prawidłowej wysokości, wnioskodawczyni nie nabyła prawa do nowego okresu zasiłkowego.

Wbrew twierdzeniom apelacji, Sąd drugiej instancji nie dopatrył się w postępowaniu pierwszoinstancyjnym naruszenia przepisów prawa materialnego czy przepisów postępowania, skutkujących koniecznością zmiany bądź uchylecia zaskarżonego wyroku.

Jako chybiony należy ocenić zarzut naruszenia art. 232 k.p.c. oraz art. 6 k.c. Zgodnie bowiem z przepisem art. 232§ 1 k.p.c. strony są obowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. Sąd może dopuścić dowód nie wskazany przez stronę. Podkreślić w tym miejscu należy, że zgodnie 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, wykraczające 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. Podkreślić przy tym należy, że 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).

Dodać należy, że pominięcie przez Sąd pierwszej instancji zeznań świadka T. Z. nie ma wpływu na prawidłowość ustalonych okoliczności, a Sąd prawidłowo dokonał ich subsumcji stosując właściwe przepisy prawa materialnego. Przyjmując, że wbrew zarzutom, ocena dowodów zgromadzonych w sprawie dokonana została w granicach zakreślonych treścią art. 233 § 1 k.p.c., Sąd II instancji stwierdza, że Sąd Rejonowy w oparciu o należycie zebrany materiał prawidłowo ustalił podstawę faktyczną rozstrzygnięcia – stąd też Sąd Okręgowy ustalenia te podziela i przyjmuje za własne.

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

SSO Jacek Chrostek SSO Agnieszka Gocek SSO Barbara Kempa

S.B.