

sygn. akt VII Ua 101/20

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

29 grudnia 2021 r.

Sąd Okręgowy Warszawa-Praga w Warszawie VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w następującym składzie:

Przewodniczący: SSO Małgorzata Kosicka

Protokolant: st. sekr. sądowy Maria Nalewczyńska

po rozpoznaniu 8 grudnia 2021 r. na rozprawie w Warszawie

odwołania B. M.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddziału w W.

z 6 lutego 2017 r., nr (...)

o zasiłek chorobowy

z udziałem Spółdzielni Budowlano-Mieszkaniowej (...) w W.

na skutek apelacji B. M.

od wyroku Sądu Rejonowego dla Warszawy Pragi-Północ w Warszawie

z 30 września 2020 r., sygn. akt VI U 142/17

I. oddala apelację;

II. zasądza od B. M. na rzecz Spółdzielni Budowlano-Mieszkaniowej (...) w W. 120 zł (sto dwadzieścia złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w instancji odwoławczej.

Małgorzata Kosicka

Sygn. akt VII Ua 101/20

UZASADNIENIE

Wyrokiem z 30 września 2020 r. sygn. akt VI U 142/17 Sąd Rejonowy dla Warszawy Pragi-Północ w Warszawie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie B. M. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w W. z 6 lutego 2017 r. nr (...) (pkt 1) oraz zasądził od odwołującej i zainteresowanego Spółdzielni Budowlano-Mieszkaniowej (...) w W. na rzecz organu rentowego kwoty po 180 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego (pkt 2 i 3).

Na podstawie ww. decyzji z 6 lutego 2017 r., nr (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w W. stwierdził, że niezdolność do pracy B. M. z powodu choroby w okresie od 23 maja 2016 r. do 18 listopada 2016 r. oraz od 21 listopada 2016 r. do 16 listopada 2017 r. należy ustalić w ramach jednego okresu zasiłkowego. Na tej podstawie ZUS odmówił odwołującej prawa do zasiłku chorobowego za okres od 23 listopada 2016 r. do 16 stycznia 2017 r. W uzasadnianiu decyzji organ rentowy wskazał, że przyczynami odmowy prawa do świadczenia jest to, że z opinii zastępcy głównego Lekarza Orzecznika ZUS z 3 stycznia 2017 r. wynika, że analiza całości dokumentacji medycznej nie daje podstaw do

uznania, że po 18 listopada 2016 r. odwołująca się odzyskała zdolność do pracy z tytułu choroby orzeczonej do a 18 listopada 2016 r., jak też uznał, iż schorzenia powodujące niezdolność do pracy w okresach od 23 maja 2016 r. do 18 listopada 2016 r. oraz od 21 listopada 2016 r. do 16 stycznia 2017 r. można uznać za współistniejące. W oparciu o powyższe organ rentowy ustalił niezdolności w ramach jednego okresu zasiłkowego.

Odwołując się od powyższej decyzji B. M. wniosła o uznanie, że niezdolność do pracy z powodu choroby istniejąca w okresie od 23 maja 2016 r. do 18 listopada 2016 r. oraz od 21 listopada 2016 r. do 16 stycznia 2017 r. nie podlega zliczeniu do jednego okresu zasiłkowego.

Sąd Rejonowy ustalił, że odwołująca wykonywała pracę głównej księgowej w Spółdzielni Budowlano - Mieszkaniowej (...) z siedzibą w W.. Stosunek pracy został z nią rozwiązany z dniem 27 stycznia 2017 r.

W lipcu 2014 r. odwołująca się przebyła operację prawego biodra. W 2015 r. leczyła się z powodu skręcenia stawu skokowego prawego. W grudniu 2015 r. i na początku 2016 r. występowały bóle kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego. Jeszcze od 5 maja 2016 r. do 20 maja 2016 r. korzystała ze zwolnień lekarskich z powodu choroby oznaczonej symbolem M54 (ból grzbietu). Następnie od 26 maja 2016 r. do 25 sierpnia 2016 r. z powodu choroby oznaczonej symbolem M16 (choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego), dalej od 16 września 2016 r. do 18 listopada 2016 r. nadal z powodu choroby M16 na podstawie zwolnień lekarskich wystawianych przez lekarza ortopeda A. D. (1). Od 21 listopada 2016 r. do 16 stycznia 2017 r. odwołująca się przebywała na zwolnieniu lekarskim z powodów psychiatrycznych, oznaczonych kodem F32 (epizod depresyjny).

4 maja 2016 r. podczas wizyty w Poradni (...) (...) zapisano, że biodro lewe wykazuje ograniczoną ruchomość średniego stopnia i ograniczone bolesne ruchy rotacyjne. Koniczyna dolna prawa bez dolegliwości. Bolesność kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym. Dalej odwołująca się kontynuowała leczenie w Poradni z uwagi na dolegliwości bólowe lewego biodra, okresowo prawego i ograniczenia ruchów. Kolejne wizyty w Poradni odbywała w dniach: 25 maja 2016 r., 9 czerwca 2016 r., 23 czerwca 2016 r., 3 lipca 2016 r., 7 lipca 2016 r., 21 lipca 2016 r. W czasie wizyty 11 sierpnia 2016 r. odnotowano niewielką poprawę. Dalej 25 sierpnia 2016 r., 15 września 2016 r., 29 września 2016 r. stwierdzono stopniową poprawę, ale z bolesnością i nadal ograniczonymi ruchami. 2 listopada 2016 r. stwierdzono niewielką bolesność, utykający chód i zlecono rehabilitację oraz kontrolę w razie dolegliwości. Na tej ostatniej wizycie lekarz A. D. (1) zalecił kontrolę w celu uzyskania zaświadczenia o zakończeniu leczenia. Dopiero z takim zaświadczeniem odwołująca powinna udać się do lekarza medycyny pracy. Na kontrolę się nie stawiła. 21 listopada 2016 r. zgłosiła się do internisty w Grupie (...). W karcie pacjenta zapisano, że pacjentka jest po operacji wstawienia endoprotezy prawego biodra, silne dolegliwości bólowe lewego stawu biodrowego, oczekuje na operację. Odnotowano obniżenie nastroju, płaczliwość, złe samopoczucie, zmęczenie, problemy ze snem. Rozpoznano epizod depresyjny (F31) oraz inny zespół bólowy (R52). Zlecono lek D. S. i T. C..

Podczas wizyty u lekarza internisty w (...), również 21 listopada 2016 r., odnotowano stan po operacji prawego stawu biodrowego, drugie biodro zakwalifikowane do operacji, poruszanie z trudem, leczona z powodu depresji. Zalecono kontynuację leczenia ortopedycznego. Także podczas wizyty 30 listopada 2016 r. zgłaszała skargi na bóle biodra, bóle całego ciała i zły stan psychiczny, pogorszenie nastroju. Wydano skierowanie do szpitala z uwagi na problemy proktologiczne. Podczas wizyty w (...) grupy (...) 19 grudnia 2016 r. opisano przyjmowane leki od internisty, odnotowano operację biodra powikłaną w postaci zakrzepicy, drugie biodro do wymiany, skargi na ból.

W związku z prowadzonym postępowaniem w sprawie ustalenia prawidłowego okresu zasiłkowego B. M. Zakład Ubezpieczeń Społecznych zwrócił się pismem z 1 grudnia 2016 r. do lekarza specjalisty ortopedy-traumatologa A. D. (1) z pytaniem czy ubezpieczona odzyskała zdolność do pracy po 18 listopada 2016 r. W odpowiedzi z 14 grudnia 2016 r. lekarz A. D. (1) podał, że B. M. otrzymała zwolnienie wystawione do 18 listopada 2016 r. i po tym okresie do dnia udzielenia odpowiedzi ZUS nie odbył żadnej wizyty kontrolnej. W związku z tym lekarz nie był w stanie określić czy pacjentka odzyskała zdolność od pracy.

W trakcie postępowania wyjaśniającego przed organem rentowym zastępca głównego lekarza orzecznika ZUS 3 stycznia 2017 r. wydał opinię lekarską, że analiza całości dokumentacji leczenia nie daje podstaw do uznania, że

ubezpieczona 18 listopada 2016 r. odzyskała zdolność do pracy z tytułu choroby oznaczonej wg ICD 10 numerem (...). Schorzenia powodujące niezdolność do pracy w okresach niezdolności do pracy można uznać jako współistniejące.

31 stycznia 2017 r. lekarz prowadzący - ortopeda A. D. (1), na wniosek odwołującej się, wystawił zaświadczenie lekarskie, w którym wskazał, że 2 listopada 2016 r. zalecono pacjentce kontrolę w razie pojawienia się dolegliwości i wystawiono ZLA do 18 listopada 2016 r. uznając tym samym zakończenie leczenia. Pacjentka nie zgłosiła się po zaświadczenie o zakończeniu leczenia.

29 października 2018 r. lekarz A. D. (1) wystawił kolejne zaświadczenie lekarskie w którym wskazał, że jako lekarz prowadzący pacjentkę w okresie 23 maja - 18 listopada 2016 r. informuje, że przebyty okres leczenia i rehabilitacji doprowadził do poprawy stanu zdrowia i tym samym nie było przeciwwskazań do powrotu do pracy - pracownik umysłowy. Podał, że pacjentka na ostatniej wizycie kontrolnej nie prosiła o zaświadczenie o zakończeniu leczenia.

W zaświadczeniu z 10 sierpnia 2018 r. M. K. Zespołu (...) wystawił zaświadczenie, że od 20 stycznia 2016 r. do 2 listopada 2016 r. uczęszczała na rehabilitację zleconą przez lekarza prowadzącego A. D. (1).

W zaświadczeniu z 25 lipca 2019 r. lekarz A. D. (1) stwierdził, że pacjentka ze względu na sprawność ruchową stawów biodrowych i kręgosłupa oraz brak dolegliwości po długotrwałym leczeniu i rehabilitacji zakończonym 18 listopada 2016 r. była zdolna do pracy na stanowisku księgowy. Zaznaczył, że powyższe stwierdził na podstawie badania odwołującej się oraz dokumentacji medycznej.

Po 18 listopada 2016 r. odwołująca się nie odzyskała zdolności do pracy z powodu choroby oznaczonej numerem M16.

Sąd Rejonowy ustalił powyższy stan faktyczny na podstawie materiału dowodowego zgromadzonego w aktach sprawy, aktach rentowych, na podstawie dokumentacji medycznej oraz podstawie opinii biegłych z zakresu ortopedii i medycyny pracy. Przy tym sąd dał wiarę zeznaniom odwołującej się w zakresie w jakim były one zgodne z materiałem dowodowym w postaci dokumentacji medycznej, w tym że nie leczyła się psychiatrycznie przed dniem 21 listopada 2016 r. Twierdzenia odwołującej się odzyskaniu przez nią zdolności do pracy z przyczyn ortopedycznych po 18 listopada 2016 r. pozostawały w sprzeczności z całością materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie. Istotne było skonfrontowanie zeznań z dokumentacją medyczną oraz opiniami biegłych.

Zeznaniom świadka A. D. (1) - lekarza prowadzącego leczenie ortopedyczne odwołującej się, sąd dał wiarę w części zgodnej ze złożonymi do akt dokumentami. Świadek wskazał, że niewątpliwie 2 listopada 2016 r. nie była jeszcze zdolna do pracy. Nadto zeznał, że proces leczenia odwołującej się trwał kilka miesięcy. Po miesiącach uzyskano poprawę ruchu. Potwierdził, że na ostatniej wizycie wystawił odwołującej się zalecenie wizyty kontrolnej natomiast odwołująca się nie zgłosiła się po zaświadczenie o zakończeniu leczenia. Świadcowi podczas składania zeznań okazano stosowne karty - zaświadczenie lekarskie z 31 stycznia 2017 r. oraz pismo datowane na 14 grudnia 2016 r. z akt organu rentowego, do których się odniósł, czym w ocenie sądu nie potwierdził z całą pewnością by odwołująca się odzyskała po 18 listopada 2016 r. zdolność do pracy a jedynie okoliczność, że wymagała kontroli. Wskazać należy, że odpowiedzi udzielonej ZUS z 14 grudnia 2016 r. podał, że B. M. otrzymała zwolnienie wystawione do 18 listopada 2016 r. i po tym okresie (do dnia udzielenia odpowiedzi ZUS) nie odbył żadnej wizyty kontrolnej. W związku z tym lekarz nie był w stanie określić czy pacjentka odzyskała zdolność od pracy. Powyższe potwierdził w złożonych zeznaniach.

W tak ustalony stanie faktycznym sąd rejonowy zważył, że odwołanie nie zasługuje na uwzględnienie.

Organ rentowy wskazywał, że z dniem 22 listopada 2016 r. odwołująca się wykorzystwała okres zasiłkowy, który trwał 182 dni. Natomiast zasiłek nie przysługuje w związku z tym, że do okresu zasiłkowego wlicza się również okres poprzedniej niezdolności do pracy, spowodowanej tą samą chorobą, jeżeli przerwa pomiędzy ustaniem poprzedniej, a powstaniem ponownej niezdolności do pracy nie przekraczała 60 dni.

Sąd rejonowy wskazał, że kwestię uprawnień do zasiłku chorobowego reguluje ustawa z 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Zgodnie z art. 8 ww. ustawy

zasilek chorobowy przysługuje przez okres trwania niezdolności do pracy z powodu choroby 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. Zgodnie z art. 9 ust 1 i 2 ustawy do okresu, o którym mowa w art. 8, zwanego 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 związku z faktem, iż w niniejszym stanie faktycznym przerwa pomiędzy niezdolnościami do pracy trwała co najmniej jeden dzień, a schorzenia na które cierpi ubezpieczona są całkowicie odmienne (choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego i epizod depresyjny), ZUS odmawiając prawa do zasiłku chorobowego wskazał, że choroby te są współistniejące, czyli - innymi słowy - w ocenie ZUS w szczególności w trakcie L4 z uwagi na depresję nadal istniała niezdolność z uwagi na zwyrodnienie biodra. W tych okolicznościach okres kolejnej niezdolności wywołanej - według zwolnienia lekarskiego - depresją powinien być zliczony do jednego okresu zasiłkowego. Organ rentowy stał na stanowisku, że niezdolności do pracy od 23 maja 2016 r. do 18 listopada 2016 r. oraz od 21 listopada 2016 r. do 16 stycznia 2017 r. są to niezdolności do pracy w ramach jednego okresu zasiłkowego bowiem po 18 listopada 2016 r. odwołująca się nie odzyskała zdolności do pracy z przyczyn ortopedycznych. Odwołująca się twierdziła natomiast, że niezdolności do pracy istniejąca od 23 maja 2016 r. do 18 listopada 2016 r. oraz od 21 listopada 2016 r. do 16 stycznia 2017 r. spowodowane były różnymi jednostkami chorobowymi, a choroby te nie miały charakteru współistniejącego. Do 18 listopada 2016 r. była niezdolna do pracy z przyczyn ortopedycznych i odzyskała w tym zakresie zdolność do pracy z dniem 19 listopada 2016 r. Następnie od 21 listopada 2016 r. stała się niezdolna do pracy z przyczyn psychiatrycznych i nigdy wcześniej z tego powodu nie była leczona.

Wydanie rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie sprowadzało się do ustalenia czy, tak jak twierdziła odwołująca się, po 18 listopada 2016 r. odzyskała zdolność do pracy z przyczyn ortopedycznych. Ze względu na fakt, że rozstrzygnięcie wymagało wiadomości specjalistycznych sąd przeprowadził postępowanie w oparciu o opinie biegłych.

W opinii z 19 marca 2018 r. wydanej na podstawie akt, biegły ortopeda K. K. (1) stwierdził, że przed 18 listopada 2016 r. odwołująca była po operacji protezoplastyki całkowitej prawego stawu biodrowego. Miała zaawansowane zmiany zwyrodnieniowe lewego stawu biodrowego (symbol M16), kwalifikujące się do całkowitej protezoplastyki oraz zmiany w obu stopach - ciężkiego stopnia paluchy koślawe, zmiany zwyrodnieniowe w stawach MTP I obu stóp i obustronne płaskostopie poprzeczne) symbol M20. Po 18 listopada 2016 r. stan ortopedyczny odwołującej się był taki jak przed 18 listopada 2016 r. lub mógł się nieco pogorszyć. Z całą pewnością stan ortopedyczny nie poprawił się. Jako dowód na to wskazał dokumentację medyczną znajdującą się w aktach sprawy oraz wyniki badań RTG stawów biodrowych z 31 marca 2016 r. i 3 lipca 2016 r. oraz wyniki badań RTG obu stóp z 24 maja 2015 r. oraz z 10 listopada 2015 r. Biegły zaznaczył jednak, że największą niesprawność i niewydolność układu ruchu powodowały zmiany zwyrodnieniowe lewego stawu biodrowego (M16). Po 18 listopada 2016 r. odwołująca się nie odzyskała zdolności do pracy z tytułu choroby oznaczonej numerem M16. Odwołująca się wniosła zastrzeżenia do opinii. Wskazała, że biegły oparł swoją opinię na bliżej nieokreślonej dokumentacji. Nadto odniósł się do badań z innego zakresu czasowego niż określił to sąd w postanowieniu. Pomiął także część bardzo istotnej dokumentacji z Poradni (...) (...) z okresu od sierpnia 2016 r. do stycznia 2017 r., a z której wynika poprawa stanu zdrowia. Nie uwzględnił zaświadczenia lekarza prowadzącego - A. D. (1) o zakończeniu leczenia na datę 18.11.2016 r. Pomiął także zaświadczenie lekarza orzecznika z 19 grudnia 2016 r. o ustaniu niezdolności do pracy. Zaznaczyła, że biegły winien wyjaśnić z czego wynikają jego twierdzenia, że niezdolność do pracy z powodu choroby M16 istniała nadal po 18 listopada 2016 r. Organ rentowy nie wnosił uwag do opinii.

W opinii uzupełniającej wydanej 25 sierpnia 2018 r. biegły ortopeda K. K. (1) wskazał, że wystawione zaświadczenie z 31 stycznia 2017 r. z (...) nie prowadzi do zmiany jego stanowiska wyrażonego w opinii. Wystawione zaświadczenie informuje, że odwołującej się wystawiono zaświadczenie lekarskie do 18 listopada 2016 r. Natomiast uważa, że po 18 listopada 2016 r. nie odzyskała ona zdolności do pracy z powodu choroby zwyrodnieniowej stawów biodrowych - M16. Istniała nadal choroba zwyrodnieniowa lewego stawu biodrowego, która nie była operowana, a była

powodem znacznej niezdolności chodu oraz powodem niezdolności do pracy co najmniej do czasu operacji i 6 miesięcy rehabilitacji pooperacyjnej. W piśmie z 29 października 2018 r. zainteresowany Spółdzielnia Budowlano - Mieszkaniowa (...) wskazał, że wnioski biegłego różnią się od twierdzeń samej odwołującej się. Zaświadczenia złożone przez odwołującą się nie pozostają w opozycji do opinii biegłego, nie wnoszą nowych istotnych informacji na temat stanu zdrowia odwołującej się.

Postanowieniem z 26 września 2018 r. Sąd dopuścił dowód z opinii uzupełniającej biegłego lekarza K. K. (1) w celu ustalenia czy odwołująca się po 18 listopada 2016 r. odzyskała zdolność do pracy z tytułu choroby oznaczonej numerem M16. W opinii uzupełniającej z 17 grudnia 2018 r. biegły ortopeda K. K. (1) wskazał, że mimo wystawionego zaświadczenia z (...) z 31 stycznia 2017 r. o odbyciu i zakończeniu rehabilitacji z powodu choroby zwyrodnieniowej stawów biodrowych, z innej dokumentacji medycznej znajdującej się w aktach sprawy z 21 listopad 2016 r. i 30 listopada 2016 r. wynika, że w tym okresie nadal poruszała się z trudnością z powodu bólów biodra. Podczas wizyty w (...) 19 grudnia 2016 r. nadal zgłaszała problem ze stawami biodrowymi - dolegliwości te wymienione zostały jako pierwsze. Taki stan nie wskazuje na skokową poprawę sprawności i wydolności układu ruchu z dniem 18 listopada 2016 r. Ww. fakty wskazują na inny stan niż opisany w piśmie procesowym pełnomocnika odwołującej się z 31 października 2018 r., że po 18 listopada 2016 r. odwołująca się poruszała się samodzielnie i była aktywna. W związku z powyższym należy stwierdzić, że po 18 listopada 2016 r. odwołująca się nie odzyskała zdolności do pracy z tytułu choroby oznaczonej numerem M16. Odwołująca się nie zgodziła się z opinią i wniosła o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego ortopedy traumatologa oraz przesłuchanie lekarza prowadzącego - A. D. (1).

Postanowieniem z 19 kwietnia 2019 r. sąd dopuścił dowód z opinii biegłego lekarza ortopedy - traumatologa z wyłączeniem biegłego K. K. (1) oraz biegłego z zakresu medycyny pracy w celu ustalenia czy osoba odwołująca się po 18 listopada 2016 r. odzyskała zdolność do pracy. W opinii z 19 czerwca 2019 r. biegły ortopeda traumatolog M. G. rozpoznał u odwołującej się zwyrodnienie bioder oraz stan po endoprotezoplastyce biodra prawego. Biegły wskazał, że analiza przedstawionej dokumentacji, zebrany wywiad oraz przeprowadzone badanie pozwalają stwierdzić, że aktualnie odwołująca się nie utraciła zdolności do pracy. Biegły jednoznacznie wskazał, że odwołująca się po 18 listopada 2016 r. nie odzyskała zdolności do pracy. W uzasadnieniu swojego stanowiska podał, że w czasie wizyt u dwóch lekarzy internistów 21 listopada 2016 r. utrzymywały się takie same dolegliwości bólowe jak od maja 2016 r. Były to silne dolegliwości i poruszała się z trudem. Te bóle utrzymywały się dalej także na wizycie 30 listopada 2016 r., Biegły uznał zatem, że ból z 21 listopada 2016 r. nie był przejściowym incydentem, ale był kontynuacją dolegliwości jakie występowały od maja 2016 r. i trwały aż do końca listopada 2016 r. Zapisy wizyt z 21 listopada 2016 r. i 30 listopada 2016 r. u lekarza internisty (...) i (...) są w ocenie biegłego jednoznaczne. Biegłego wyraził przekonanie, że brak kontynuacji leczenia ortopedycznego nie świadczy o odzyskaniu zdolności do pracy. Organ rentowy nie wnosił uwag do opinii. Odwołująca się zakwestionowała opinię biegłego zarzucając biegłemu subiektywne stanowisko i nieoparcie się na dokumentacji medycznej, pominięcie zaświadczeń złożonych przez odwołującą się, oparcie swojego stanowiska na zapisach z wizyt u internistów, nie u ortopedy. Nadto w tamtym czasie nie otrzymała leków związanych ze schorzeniem ortopedycznym. O zakwalifikowaniu jej jako niezdolnej do pracy nie świadczy również przepisanie leku D. S.. Adnotacje w zakresie dotyczącym dolegliwości ortopedycznych mają jedynie charakter szczątkowy.

W opinii z 28 stycznia 2020 r. biegły z zakresu medycyny pracy rozpoznał chorobę zwyrodnieniową bioder, stan po endoprotezoplastyce biodra prawego, zaburzenia depresyjne, nadeśnienie tętnicze, zespół bólowy kręgosłupa L/S. Wskazał, że po przeprowadzeniu badania i analizie dokumentacji medycznej, uznał, że odwołująca 18 listopada 2016 r. nie odzyskała zdolności do pracy. Biegły wskazał także, że pomimo twierdzeń odwołującej się, że po 18 listopada 2016 r. nie miała już problemów ze stawami biodrowymi, odczuwała dużą poprawę po leczeniu farmakologicznym i rehabilitacji oraz oceniła swój stan funkcjonalny bioder na poziomie zbliżonym do tego z dnia badania, negowała konieczność przyjmowania leków przeciwbólowych, to dokumentacja leczenia nie daje podstaw do uznania, że 18 listopada 2016 r. odzyskała zdolność do pracy z tytułu choroby oznaczonej wg ICD 10 numerem M16. Schorzenia powodujące niezdolność do pracy w ww. okresach współlistniały. Aktualnie brak przeciwskażeń do pracy na stanowisku księgowej. Biegła przytoczyła daty wizyt z opisem w historii choroby odnośnie uwag dotyczących stanu

zdrowia odwołującej się, a potwierdzających silne dolegliwości bólowe bioder w tym okresie - dwie wizyty z 21.11. 2016 r., wizyta z 30.11.2016 r., wizyta z 19.12.2016 r. Odwołująca się nie zgodziła się z opinią biegłej.

W opinii uzupełniającej biegły lekarz z zakresu medycyny pracy, po ponownym zapoznaniu się z dokumentacją medyczną i zarzutami odwołującej się wskazał, że podtrzymuje swoją opinię główną. Badanie podmiotowe odwołującej się miało charakter pomocniczy zaś podstawę do wydania decyzji stanowiła dokumentacja medyczna. Zaświadczenia lekarza prowadzącego o odzyskaniu zdolności do pracy wydane 31 stycznia 2017 r., 13 sierpnia 2018 r. i 29 października 2018 r. nie były poprzedzone badaniem bezpośrednim odwołującej się. W okresie od 18 listopada 2016 r. do 14 grudnia 2016 r. nie odbyła żadnej wizyty kontrolnej. W związku z tym sam lekarz prowadzący nie był w stanie określić czy odwołująca się odzyskała zdolność do pracy. Podała, że zweryfikowała informacje otrzymane od odwołującej się za pomocą dokumentacji medycznej, która nie potwierdza dobrostanu zdrowia odwołującej się.

Na rozprawie 30 września 2020 r. biegły ortopeda M. G. złożył ustną opinię uzupełniającą, w której potwierdził sporządzone wcześniej opinie. Zaznaczył, że po 18 listopada 2016 r. to z powodu bólu biodra nadal poruszała się z trudem, podobnie jak przed tą datą. Powyższe dolegliwości ze strony układu ruchu odnotowano podczas wizyt w dniu 21 i 30 listopada 2016 r. Wizyty po tym okresie odbywały się u lekarzy, którzy nie leczą schorzeń narządu ruchu. Organ rentowy nie wnosił uwag do opinii. Odwołująca wniosła o dopuszczenie dowodu z opinii kolejnego biegłego ortopedy z uwagi na dużą niespójność opinii.

W ocenie sądu rejonowego wszystkie wydane w sprawie opinie, w tym razem z opiniami uzupełniającymi były logiczne i nie budziły wątpliwości z punktu widzenia metodologii, poprawności, rzetelności i prawidłowości rozumowania. Biegli byli zgodni, co do faktu że po 18 listopada 2016 r. odwołująca się nie odzyskała zdolności do pracy. Zarówno lekarze ortopedzi (K. K. (1), M. G.) jak i lekarz z zakresu medycyny pracy (J. P.) dokonali wnikliwej analizy dokumentacji medycznej, w tym złożonych przez odwołującą się zaświadczeń z 31 stycznia 2017 r., 13 sierpnia 2018 r. i 29 października 2018 r. Sam lekarz prowadzący wystawiający dwa zaświadczenia nie potwierdził z całą pewnością, a jedynie zasugerował możliwość odzyskania przez odwołującą się zdolności do pracy. Po 18 listopada 2016 r. odwołująca nie zgłosiła się na kontrolę stanu zdrowia i po zaświadczenie, w związku z czym lekarz prowadzący nie miał możliwość zbadania w tym okresie powódki, a przez to stwierdzić, że odzyskała zdolność do pracy. Natomiast, jak słusznie podnieśli wszyscy biegli podczas kolejnych wizyt 21 i 30 listopada 2016 r. u lekarza innej specjalności (internista) poza nowymi dolegliwościami ze strony psychicznej, odwołująca zgłaszała silne bóle biodra i problemy z chodzeniem. W opinii lekarzy, odnotowane dolegliwości świadczą o tym, że nie odzyskała ona zdolności do pracy z punktu widzenia ortopedycznego nawet do czasu kolejnej operacji i zakończenia rehabilitacji pooperacyjnej (opinia K. K.).

Odwołująca kwestionowała opinię. Wskazywała, że mimo zapisów w dokumentacji psychiatrycznej o bólu biodra brak jest podstaw do uznania, że ból ten powodował niezdolność do pracy. Podobnie do operacji lewego stawu biodrowego nie może być traktowane jako samoistna przesłanka niezdolności do pracy, w szczególności że po 18 listopada 2016 r. odwołująca poruszała się samodzielnie i była aktywna. Poza jednorazowym zapisem w trakcie wizyty psychiatrycznej 19 grudnia 2016 r. dalsze zapisy z wizyt psychiatrycznych, które odbywały się co miesiąc nie wskazują w jakimkolwiek zakresie występowania dysfunkcji w obszarze związanym ze schorzeniem M16 (dotyczącym bioder). Zgłaszanie bólu nie świadczy o niezdolności do pracy. Sąd dokonał analizy uwag zgłaszanych przez odwołującą, odnieśli się do nich również biegli których wyjaśnienia sąd uznał za logiczne i wyczerpujące. Sąd podzielił wnioski biegłych o braku odzyskania zdolności do pracy przez odwołującą się, uznał sprawę za dostatecznie wyjaśnioną i uznał wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii kolejnego biegłego jako zmierzający jedynie do wydłużenia postępowania. Zdaniem sądu, zaświadczenia lekarskie złożone przez odwołującą się nie mogą być traktowane w oderwaniu od pozostałej dokumentacji medycznej, która świadczy odmiennie. Zaświadczenia lekarskie datowane na 10 sierpnia 2018 r. i 13 sierpnia 2018 r. zawierają jedynie informację o uczęszczaniu jej na rehabilitację w okresie od 20 stycznia 2016 r. do 2 listopada 2016 r. oraz o tym, że według lekarza przyniosły jego działania rehabilitacyjne dobre rezultaty, co nie jest jednoznaczne z wyzdrowieniem i zdolnością do pracy. Dokumenty te w żaden sposób nie pozostają również w opozycji do opinii biegłych, jak twierdziła odwołująca się. Zaświadczenia nie opisują stanu faktycznego, rzeczywistego na 18 listopada 2016 r., a zawierają rozpoznania i przypuszczenia dotyczące możliwej sprawności na 18 listopada

2016 r. Powyższe potwierdził też w swojej opinii biegły ortopeda M. G. oraz biegły ortopeda K. K. (1). Zaświadczenia lekarza prowadzącego o odzyskaniu zdolności do pracy nie były poprzedzone badaniem bezpośrednim odwołującej się 18 listopada 2016 r., bowiem w okresie od 18 listopada 2016 r. do 14 grudnia 2016 r. nie odbyła ona żadnej wizyty kontrolnej. W związku z tym sam lekarz prowadzący nie był w stanie określić czy odwołująca się odzyskała zdolność do pracy.

B. M. złożyła apelację od powyższego wyroku, zaskarżając go w całości i wnosząc o jego zmianę oraz zmianę poprzedzającej wyrok decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w W. z 6 lutego 2017 r. nr (...) poprzez przyznanie jej prawa do zasiłku chorobowego za okres od 23 listopada 2016 r. do 16 stycznia 2017 r. W ocenie pełnomocnika ubezpieczonej sąd I instancji wydał wyrok z naruszeniem art. 233 § 1 k.p.c., art. 227 k.p.c., art. 278 § 1 k.p.c. oraz art. 477⁽¹⁴⁾ § 1 i 4 k.p.c., jak również z naruszeniem art. 8, art. 9 ust. 1 i 2, art. 12 ust. 1, art. 54 ust. 1, art. 55 ust. 1, art. 61 ust. 1 i 2 oraz art. 66 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, a także art. 83 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Na wstępie pełnomocnik odwołującej zaznaczył, że w toku postępowania ubezpieczona złożyła kolejne zaświadczenia lekarskie odnoszące się do przebiegu jej leczenia ortopedycznego, co też należało traktować jako nowe okoliczności dotyczące jej stanu zdrowia w spornym okresie, które winne skutkować zastosowaniem przez sąd I instancji dyspozycji art. 477⁽¹⁴⁾ § 4 k.p.c. Materiał ten nie był bowiem przedmiotem oceny komisji lekarskiej ZUS. Z uwagi na powyższe w przedmiotowej sprawie zachodzi podstawa do uchylecia wyroku oraz decyzji ZUS oraz umorzenia postępowania, jak również uprawnione jest stwierdzenie, że sąd I instancji poprzez niezastosowanie art. 477⁽¹⁴⁾ § 4 k.p.c. nie rozpoznał istoty sprawy.

Zgodnie ze stanowiskiem odwołującej, mimo przeprowadzenia przez sąd I instancji obszernego postępowania dowodowego nie zachodziły podstawy do wydania wyroku w jego aktualnym kształcie z uwagi na fakt, iż opinie powołanych w sprawie biegłych sądowych, w szczególności biegłego M. G., nie doprowadziły do prawidłowej oceny stanu zdrowia ubezpieczonej. Biegły nie odniósł się do istotnego wątku w sprawie, tj. rozbieżności dokonanej przez niego oceny stanu zdrowia ubezpieczonej w zestawieniu z dokumentacją zgromadzoną w aktach sprawy, w tym w zestawieniu z zeznaniami złożonymi przez pana A. D. (1) – lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonej. Biegły w ramach opinii pisemnych pominął złożone w toku sprawy zaświadczenia od lekarza prowadzącego, poprzestając na oparciu swojego stanowiska wyłącznie na zapisie wizyty 30 listopada 2016 r. oraz wizyt 21 listopada 2016 r., które były realizowane u internistów, nie zaś u specjalisty ortopedy. Dodatkowo z materiału nie wynika niezdolność ubezpieczonej do pracy z powodu schorzenia ortopedycznego. Gdyby stan ortopedyczny odwołującej był na tyle poważny, że wykluczałby jej zdolność do pracy, to bezsprzecznie podczas ww. wizyt lekarskich wystąpiłyby podstawy do zawarcia stosownych adnotacji na ten temat w opisie wizyt. Skoro jednak adnotacje w tym przedmiocie mają charakter szczytkowy, to logicznym jest, że natężenie bólowe nie było na tyle poważne, by wymagało istotnej interwencji w zakresie ortopedycznym, pozwalającym następnie na ocenę stanu u zdrowia ubezpieczonej ze stwierdzeniem istnienia niezdolności do pracy. W ocenie pełnomocnika brak skonfrontowania całości dostępnego materiału dowodowego doprowadził do sytuacji, w której sąd I instancji nie tylko nie wyjaśnił występujących w sprawie wątpliwości, lecz również na podstawie dostępnego w sprawie materiału nie wyciągnął nieprawidłowe wnioski, mimo, iż materiał ten był de facto korzystny dla ubezpieczonej (apelacja k. 360-371 a.s.).

W odpowiedzi na apelację zainteresowana Spółdzielnia Budowlano-Mieszkaniowa (...) w W. wniosła o jej oddalenie oraz zasądzenie na jej rzecz kosztów postępowania. Zgodnie ze stanowiskiem zainteresowanej w przypadku niniejszej sprawy trudno uznać za nowe okoliczności w sprawie powołane w apelacji zaświadczenia lekarskie oraz zeznanie świadka A. D. (2). Powołując się na orzecznictwo, pełnomocnik zainteresowanej wskazał, że nowe okoliczności w rozumieniu art. 477⁽¹⁴⁾ § 4 k.p.c. to takie okoliczności stanu zdrowia, które istniały przed wydaniem decyzji, lecz zostają ujawnione dopiero w trakcie postępowania sądowego i nie były oceniane przez lekarza orzecznika ani komisję lekarską ZUS. W niniejszej sprawie takich okoliczności trudno się dopatrzeć, ponieważ kwestia będąca przedmiotem zarówno postępowania przed ZUS, jak i postępowania sądowego, dotyczyła istniejących u odwołującej schorzeń ortopedycznych. Pełnomocnik zainteresowanej nie podzielił również zarzutów apelacji, wskazując, że ograniczają

się jedynie do czysto hipotetycznych spekulacji. Sąd I instancji przeprowadził szerokie postępowanie dowodowe z uwzględnieniem łącznie kilku opinii biegłych sądowych z zakresu ortopedii i medycyny pracy. Opinie te sąd dla odwołującej niekorzystne, lecz zgodne i spójne co do najistotniejszych okoliczności, zatem nie zachodzi między nimi sprzeczność wymagająca wyjaśnienia w drodze kolejnej opinii biegłego (odpowiedź na apelację k. 389-391 a.s.).

Zakład Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w W. nie zajął stanowiska w sprawie.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja ubezpieczonej była nieuzasadniona.

Spór w niniejszej sprawie koncentrował się na weryfikacji decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w W. z 6 lutego 2017 r., nr (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w W., na podstawie której organ rentowy stwierdził, że niezdolność do pracy B. M. z powodu choroby w okresie od 23 maja 2016 r. do 18 listopada 2016 r. oraz od 21 listopada 2016 r. do 16 listopada 2017 r. należy ustalić w ramach jednego okresu zasiłkowego, a w konsekwencji powyższego, odmówił ubezpieczonej prawa do zasiłku chorobowego za okres od 23 listopada 2016 r. do 16 stycznia 2017 r. Ubezpieczona domaga się stwierdzenia, że niezdolność do pracy z powodu choroby istniejącej w okresie od 23 maja 2016 r. do 15 listopada 2016 r. oraz od 21 listopada 2016 r. do 16 stycznia 2017 r. nie podlega zaliczeniu do pełnego okresu zasiłkowego, stwierdzenia, że od 21 listopada 2016 r. odwołująca stała się niezdolna do pracy w ramach nowego okresu zasiłkowego, a ostatecznie – przyznania jej prawa do zasiłku od 23 listopada 2016 r. do 16 stycznia 2017 r.

Zasiłek chorobowy zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz.1133) przysługuje przez okres trwania niezdolności do pracy z powodu choroby lub niemożności wykonywania pracy z przyczyn określonych w art. 6 ust. 2 ustawy - 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 zasiłkowego – w myśl art. 9 ust. 1 ustawy zasiłkowej – wlicza się wszystkie okresy nieprzerwanej niezdolności do pracy, jak również okresy niemożności wykonywania pracy z przyczyn określonych w art. 6 ust. 2 ustawy. Do okresu zasiłkowego wlicza się okresy poprzedniej niezdolności do pracy, spowodowanej tą samą chorobą, jeżeli przerwa pomiędzy ustaniem poprzedniej, a powstaniem ponownej niezdolności do pracy nie przekraczała 60 dni (art. 9 ust. 2 ww. ustawy).

Przez określenie „nieprzerwana niezdolność do pracy” należy rozumieć jeden okres niezdolności do pracy, spowodowany tą samą chorobą lub różnymi chorobami, jeżeli nie występuje między nimi przerwa. Innymi słowy pracownik jest niezdolny do pracy

„bez przerwy” i nie odzyskuje tej zdolności, nawet na jeden dzień. Natomiast jeśli między poszczególnymi okresami niezdolności do pracy, spowodowanymi różnymi chorobami, wystąpi choćby jeden dzień przerwy, w którym ubezpieczony był zdolny do pracy, okres zasiłkowy liczy się od nowa. Jeśli niezdolność do pracy trwa bez przerwy (jest nieprzerwana) - to wszystkie dni tej niezdolności wlicza się w całości do jednego okresu zasiłkowego, bez względu na to, czy spowodowane zostały tą samą, czy inną chorobą. Zatem okres zasiłkowy liczony jest na nowo wówczas, gdy: 1) niezdolność do pracy, która wystąpiła po przerwie (minimum jednodniowej) zostanie spowodowana inną chorobą, niż poprzedni okres niezdolności do pracy, 2) przerwa pomiędzy okresami niezdolności do pracy spowodowana tą samą chorobą przekroczy 60 dni.

W tym miejscu zasadne jest przytoczenie orzecznictwa Sądu Najwyższego w zakresie interpretacji powyższych przepisów, w szczególności co do definiowania przyczyn niezdolności w kontekście ustalania okresu zasiłkowego. W wyroku z 6 listopada 2008 r. (II UK 86/09) Sąd Najwyższy wyjaśnił jak należy rozumieć pojęcie „ta sama choroba”, użyte w art. 9 ust. 1 i 2 ww. ustawy nie należy odnosić wyłącznie do tych samych numerów statystycznych, zgodnych z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, 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. Jednocześnie zgodnie z treścią uchwały Sądu Najwyższego

z 2 września 2009 r., (II UZP 7/09) ustanie „poprzedniej niezdolności do pracy” w rozumieniu art. 9 ust. 2 ustawy, oznacza ustanie niezdolności do pracy, w znaczeniu medycznym, a nie końca okresu wypłacania zasiłku. W razie zatem każdej niezdolności do pracy powstaje prawo do nowego okresu zasiłkowego, którego długość określa art. 9 ust. 2 ustawy. O tym, czy będzie to pierwszy dzień okresu zasiłkowego, czy kolejny decyduje rodzaj choroby, a w razie tej samej choroby długość przerwy pomiędzy obiema niezdolnościami.

W wyroku z 5 maja 2016 r. (II BU 4/15) Sąd Najwyższy zwrócił również uwagę, że 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). Tożsamość jednostki chorobowej, prowadząca do zliczania okresu zasiłkowego, jakkolwiek oceniana jest z medycznego punktu widzenia, to jednak powinna być rozumiana zważywszy

na funkcję ustawy zasiłkowej, polegającą między innymi na określeniu rozsądnego czasu,

w którym ubezpieczonemu przysługuje zasiłek chorobowy. Z tego powodu ocena przesłanki

z art. 9 ust. 2 ustawy nie zależy od czynnika zewnętrznego wywołującego schorzenie, abstrahuje również od stricte medycznego podziału statystycznego chorób. Ratio legis wprowadzenia do przepisu pojęcia „ta sama choroba” nakazuje objąć tym terminem wszystkie schorzenia dotyczące tego samego organu lub układu wchodzącego w skład organizmu człowieka. W ramach przykładu Sąd Najwyższy odwołał się do cytowanego wyżej wyroku

z 6 listopada 2008 r., II UK 86/09, w którym za tą samą chorobę uznano zaburzenia pracy nerek i schorzenie układu moczowego. Oznacza to, że zakres „lokalizacyjny” został określony szeroko, nie ogranicza się on do wybranych narządów, ale rozciąga się również na ich zespół, połączony w układ umożliwiający realizowanie określonych funkcji życiowych.

Z powyższego wynika zatem, że do okresu zasiłkowego wlicza się wszystkie okresy nieprzerwanej niezdolności do pracy bez względu na rodzaj choroby będącej ich podstawą oraz okresy zrównane z okresami niezdolności do pracy. Reguła powyższa ma jednak zastosowanie tylko w przypadkach, gdy pomiędzy poszczególnymi okresami niezdolności do pracy nie ma ani jednego dnia przerwy, w którym ubezpieczony był zdolny do pracy, gdyż wtedy inna choroba powoduje rozpoczęcie nowego okresu zasiłkowego. W przypadku występowania przerw pomiędzy poszczególnymi okresami niezdolności do pracy do okresu zasiłkowego wlicza się okresy poprzedniej niezdolności do pracy, spowodowane tylko tą samą chorobą, jeżeli przerwa pomiędzy ustaniem poprzedniej, a powstaniem ponownej niezdolności do pracy nie przekraczała 60 dni.

Rozpoznając odwołanie od skarżonej decyzji, sąd rejonowy przeprowadził postępowanie dowodowe w oparciu o dokumenty załączone do akt sprawy i akt rentowych oraz opinie biegłych sądowych z zakresu ortopedii-traumatologii oraz medycyny pracy. Na tej podstawie Sąd Rejonowy ustalił, że wnioskodawczyni od 26 maja 2016 r. do 18 listopada 2016 r. korzystała ze zwolnień lekarskich z powodu choroby oznaczonej symbolem M16 (choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego), następnie zaś w okresie od 21 listopada 2016 r. do 16 stycznia 2017 r. odwołująca się przebywała na zwolnieniu lekarskim z powodów psychiatrycznych, oznaczonych kodem F32 (epizod depresyjny). Analiza uzasadnienia skarżonego wyroku prowadzi do wniosku, zgodnie z którym zarówno treść opinii biegłych sądowych, jak i dokumentów medycznych odwołującej, w tym dotyczących jej wizyt lekarskich na przełomie listopada 2016 roku, skutkowało konkluzją Sądu Rejonowego, zgodnie z którą po 18 listopada 2016 r. odwołująca się nie odzyskała zdolności do pracy z powodu choroby oznaczonej numerem M16.

W ramach rozpoznania sprawy w postępowaniu apelacyjnym sąd okręgowy podzielił powyższe stanowisko, jako znajdujące odzwierciedlenie w zebranych w sprawie materiale dowodowym oraz przepisach prawa. Sąd rejonowy w sposób prawidłowy dokonał analizy materiału dowodowego, poczynił ustalenia w zakresie stanu faktycznego oraz zastosował przepisy, skutkiem czego zaskarżony wyrok zawiera trafne i odpowiadające prawu rozstrzygnięcie. Sąd okręgowy podzielił dokonane przez sąd rejonowy ustalenia faktyczne

i aprobuje argumentację prawną przedstawioną w motywach zaskarżonego wyroku, przyjmując ustalenia i oceny tego Sądu za własne w myśl art. 387 § 2¹ pkt 1 i 2 k.p.c.

Zaskarżając wyrok sądu rejonowego pełnomocnik ubezpieczonej nie przedstawił argumentów mogących prowadzić do podważenia prawidłowości zaskarżonego wyroku. Mimo powołania szeregu przepisów prawa procesowego oraz prawa materialnego, które sąd I instancji miałby naruszyć – a konkretnie art. 233 § 1 k.p.c., art. 227 k.p.c., art. 278 § 1 k.p.c. oraz art. 477⁽¹⁴⁾ § 1 i 4 k.p.c., a ponadto art. 8, art. 9 ust. 1 i 2, art. 12 ust. 1, art. 54 ust. 1, art. 55 ust. 1, art. 61 ust. 1 i 2 oraz art. 66 ust 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz art. 83 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych – w apelacji w żaden sposób nie sprecyzowano w jaki sposób miałyby dojść do ich naruszenia. Sąd odwoławczy jest sądem meriti, co w świetle art. 378 § 1 k.p.c. i art. 382 k.p.c., oznacza że w granicach apelacji rozpoznaje ponownie sprawę. W obowiązującym modelu apelacji pełnej rola sądu drugiej instancji nie ogranicza się jedynie do samego aktu kontroli zaskarżonego rozstrzygnięcia, ale obejmuje także powinność merytorycznego rozpoznania sprawy. Celem postępowania apelacyjnego jest bowiem ponowne i wszechstronne merytoryczne rozpoznanie sprawy. Merytoryczne rozpoznanie sprawy przez sąd drugiej instancji odbywa się przy zastosowaniu właściwych przepisów postępowania, tj. przepisów regulujących postępowanie apelacyjne, a gdy brak takich przepisów, przy zastosowaniu unormowań dotyczących postępowania przed sądem pierwszej instancji (art. 391 § 1 k.p.c.) (zob. postanowienie Sądu Najwyższego z 22 maja 2020 r., IV CSK 730/19). Nie oznacza to jednak obowiązku osobnego omówienia przez sąd w uzasadnieniu orzeczenia każdego argumentu podniesionego w apelacji, gdyż z art. 378 § 1 k.p.c. taka konieczność nie wynika. Za wystarczające należy uznać odniesienie się do sformułowanych w apelacji zarzutów i wniosków w sposób wskazujący na to, że zostały one przez sąd drugiej instancji w całości rozważone, przed wydaniem orzeczenia (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 14 kwietnia 2021 r., I CSKP 79/21; postanowienie Sądu Najwyższego z 17 listopada 2020 r., I UK 437/19).

Stanowisko skarżącej zasadniczo skupiało się na podnoszeniu dwóch kwestii – po pierwsze, zarzucie nieuwzględnienia przez sąd I instancji nowych okoliczności dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonej w postaci przedłożonych w toku postępowania zaświadczeń lekarskich oraz zeznań świadka będącego lekarzem prowadzącym leczenie ubezpieczonej, po drugie zaś, zakwestionowania ustaleń faktycznych przyjętych przez za podstawę rozstrzygnięcia w zakresie, w jakim sąd I instancji dokonał ich w oparciu o opinię biegłego sądowego z zakresu ortopedii M. G..

W odniesieniu do pierwszej z podniesionych wyżej kwestii sąd zważył, że w sprawie brak było podstaw do stwierdzenia, że sąd rejonowy nie rozpoznał istoty sprawy. Zgodnie z art. 477⁽¹⁴⁾ § 4 k.p.c. w sprawie o świadczenie z ubezpieczeń społecznych, do którego prawo jest uzależnione od stwierdzenia niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji albo stwierdzenia stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli podstawę do wydania decyzji stanowi orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub orzeczenie komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i odwołanie od decyzji opiera się wyłącznie na zarzutach dotyczących tego orzeczenia, sąd nie orzeka co do istoty sprawy na podstawie nowych okoliczności dotyczących stwierdzenia niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji albo stwierdzenia stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, które powstały po dniu złożenia odwołania od tej decyzji – w tym przypadku sąd uchyla decyzję, przekazuje sprawę do rozpoznania organowi rentowemu i umarza postępowanie. Nowa okoliczność w rozumieniu art. 477⁽¹⁴⁾ § 4 k.p.c. to tego rodzaju zdarzenia prawne, które choć powstałe po wniesieniu odwołania, mają znaczenie dla oceny stanu zdrowia do dnia decyzji, ale już nie na przyszłość. Jako przykłady wskazuje się schorzenia istniejące przed wydaniem decyzji, lecz wykazane przez ubezpieczonego dopiero po wniesieniu odwołania do sądu, albo ujawnione na podstawie badań lekarskich w trakcie postępowania sądowego i których nie oceniał ani lekarz orzecznik, ani komisja lekarska organu rentowego (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z 2 kwietnia 2020 r., III AUa 61/20). Przykładowo jako „nowe okoliczności” wskazuje się schorzenia istniejące przed wydaniem decyzji, lecz wykazane przez ubezpieczonego dopiero po wniesieniu odwołania do sądu albo ujawnione na podstawie badań lekarskich w trakcie postępowania sądowego i których nie oceniał ani lekarz orzecznik, ani komisja lekarska organu rentowego (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 12 stycznia 2012 r., II UK 79/11). Takie okoliczności, wbrew twierdzeniom pełnomocnika ubezpieczonej, nie wynikają z przedłożonych w toku postępowania zaświadczeniach lekarskich ani też zeznań świadka A. D. (1), lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonej w okresie 23 maja - 18 listopada 2016 r.

Zarówno zaświadczenia, jak i zeznania świadka, dotyczyły bowiem kwestii oceny stanu zdrowia ubezpieczonej pod kątem istniejących u niej schorzeń o podłożu ortopedycznym, dotyczące w szczególności procesu leczenia oraz jego efektów. Treść zaświadczeń w istocie sprowadza się do stwierdzenia, że przebyty przez odwołującą okres leczenia i rehabilitacji doprowadził do poprawy stanu zdrowia, przy czym zawiera również ocenę lekarza prowadzącego co do tego, że po zakończeniu leczenia brak było przeciwwskazań do powrotu do pracy. Powyższe nie stanowiło zatem „nowych okoliczności” w rozumieniu art. 477⁽¹⁴⁾ § 4 k.p.c., lecz wyrażenie opinii o stanie zdrowia ubezpieczonej przez lekarza prowadzącego jej leczenie. Taka ocena nie była jednak wiążąca dla sądu w postępowaniu w I instancji, które zasadniczo koncentrowało się na rozważeniu, czy po 18 listopada 2016 roku istniejąca u ubezpieczonej niezdolność do pracy była spowodowana tą samą chorobą (o symb. M16), czy też nie, natomiast ustalenia w tym zakresie wymagały skorzystania przez sąd z wiedzy specjalnej z zakresu medycyny. Z tej perspektywy zaświadczenia i zeznania świadka dotyczące w istocie jego oceny stanu zdrowia ubezpieczonej stanowiły dodatkowe dowody na okoliczność stanu zdrowia odwołującej na przełomie listopada 2016 r. i jako takie podlegały zwykłemu rygorowi oceny materiału dowodowego, nie świadczyły natomiast w żaden sposób o zaistnieniu nowych okoliczności skutkujących koniecznością przekazania sprawy organowi rentowemu do ponownego rozpoznania w trybie art. 477⁽¹⁴⁾ § 4 k.p.c.

W odniesieniu natomiast do zarzutów związanych z opinią biegłego ortopedy M. G., sąd również nie znalazł podstaw do ich uwzględnienia. W tym zakresie argumentacja skarżącej skupiła się na podważeniu wniosków opinii jako opartych jedynie na zapisach wizyt ubezpieczonej u lekarzy internistów w dniach 21 i 30 listopada 2016 r., a jednocześnie niezgodnych z informacjami płynącymi z treści wspomnianych wyżej zaświadczeń lekarskich wystawionych przez lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonej oraz zeznań dra A. D. (1). Nie jest to jednak argumentacja zasadna. Po pierwsze, jak sygnalizowano powyżej, powoływane przez stronę skarżącą zaświadczenia z 31 stycznia 2017 r., 29 października 2018 r., 10 sierpnia 2018 r. oraz 25 lipca 2019 r. zawierały jedynie ogólne wskazanie co do tego, że przebyty przez ubezpieczoną okres leczenia i rehabilitacji doprowadził do poprawy stanu zdrowia, a co za tym idzie, brak było przeciwwskazań do powrotu ubezpieczonej do pracy na dotychczasowym stanowisku pracownika umysłowego (księgowej). Same zaświadczenia zostały przy tym wydane na prośbę ubezpieczonej i nie zostały poprzedzone badaniami na jej osobie, tym samym prawidłowe ustalenia co do stanu zdrowia ubezpieczonej wymagały uwzględnienia również innych dowodów. Warto przy tym zauważyć, co było istotne w kontekście niniejszych rozważań, że w dokumentacji ZUS (k. 14 a.r.) znajduje się zaświadczenie lekarskie z 14 grudnia 2016 r. wystawione przez A. D. (1), w którym wskazał on, że ubezpieczona otrzymała zwolnienie lekarskie do 18 listopada 2016 r. i do 14 grudnia 2016 r. nie odbyła żadnej wizyty kontrolnej, tym samym nie jest w stanie określić, czy pacjentka odzyskała zdolność do pracy. Dodatkowo z materiału dowodowego wynika, że A. D. (1) wystawił ubezpieczonej zwolnienie lekarskie podczas wizyty 2 listopada 2016 r. na okres do 18 listopada 2016 r. Podczas tej wizyty stwierdzono niewielką bolesność i utykanie, jednocześnie zalecono rehabilitację i kontrolę w razie dolegliwości. Wprawdzie pełnomocnik ubezpieczonej powołując się na zeznania świadka wskazał, iż wynika z nich, że odwołująca przeszła leczenie, nie skarżyła się na dolegliwości bólowe oraz że nie było dalszych wskazań do leczenia z powodów ortopedycznych, jednakże taka interpretacja zeznań świadka nie uwzględnia innych okoliczności, na które należało zwrócić uwagę. Przede wszystkim świadek wskazał, że leczenie dotyczyło prawej kończyny dolnej i w tym zakresie świadek jako lekarz prowadzący ocenił jej stan zdrowia jako prawidłowy. Jednocześnie w swoich zeznaniach, cytowanych zresztą w apelacji, wskazywał, że leczenie ubezpieczonej było w większym stopniu związane ze schorzeniem biodra lewego, zaś jego celem było opóźnienie w czasie kolejnej operacji, która ubezpieczoną czekała. Zeznania świadka były zatem skorelowane z informacjami, jakie wynikały z zaświadczeń lekarskich w oparciu o które biegły M. G. formułował wnioski co do odzyskania przez ubezpieczoną zdolności do pracy po 18 listopada 2016 r. – to jest, zaświadczenia z wizyt z 21 listopada 2016 r. oraz z 30 listopada 2016 r. Analiza treści tych zapisów wyraźnie wskazuje na zgłaszanie przez ubezpieczoną dolegliwości bólowych lewego biodra. Podczas wizyty 21 listopada 2016 r. w placówce Grupy (...) odnotowano m. in. „pacjentka po operacji wstawienia endoprotezy prawego stawu biodrowego, silne dolegliwości bólowe lewego stawu biodrowego”, jednocześnie zalecono lek D. S. (...) (k. 63 a.s.). W dokumentacji z wizyty w tym samym dniu odbytej w placówce (...) opisano: „stan po operacji prawego stawu biodrowego, drugie biodro zakwalifikowane do następnej operacji, porusza się z trudem”. Zalecono również kontynuację leczenia ortopedycznego (k. 29 a.s.). Z kolei podczas wizyty odwołującej 30 listopada 2016 r. w opisie wskazano, że ubezpieczona zgłasza „skargi na bóle biodra” (k. 28 a.s.). Podobny opis

znajdował się również w zakresie wizyty ubezpieczonej w (...) Grupy (...) 19 grudnia 2016 r., gdzie wskazano „po operacji biodra 2 lata temu (powikłania w postaci zakrzepicy), drugie biodro do wymiany – skargi na ból” (k. 66 a.s.).

Powyzsze okolicznosci, w ocenie sadu, stanowiły obiektywne przesłanki do sformułowania przez biegłego M. G. wniosku co do tego, że po 18 listopada 2016 r. u ubezpieczonej w dalszym ciągu występowały dolegliwości związane z tym samym schorzeniem oraz że po tym dniu nie odzyskała zdolności do pracy w sensie ortopedycznym. Takiemu stwierdzeniu nie stała na przeszkodzie okoliczność, do której zresztą biegły się odniósł, że podczas wizyt lekarskich w dniach 14 i 26 listopada 2016 r. w opisach nie stwierdzano u ubezpieczonej dolegliwości bólowych czy też ogólnie objawów istniejącej u niej schorzeń bioder. W tym zakresie, w ocenie sądu, za racjonalne należało uznać wyjaśnienia biegłego który wskazywał, że podczas wizyt lekarskich odnotowuje się przede wszystkim dolegliwości mające znaczenie z perspektywy danej specjalności medycznej. Skoro ubezpieczona w powyższych dniach odbyła wizyty u ginekologa oraz kardiologa, to zasadne jest przyjęcie, że specjaliści ci nie odnotowali okoliczności zdrowotnych związanych ze specjalnością ortopedyczną. Odmiennie należy natomiast ocenić opis dokonywany przez lekarza internistę, który w oparciu o całokształt zgłaszanych przez pacjenta schorzeń może podjąć decyzję o skierowaniu go do lekarza specjalisty w celu szczegółowej ewaluacji stanu zdrowia.

W tym stanie rzeczy sąd okręgowy nie znalazł podstaw do uznania, by w sprawie doszło do naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Zgodnie z utrwalonymi poglądami orzecznictwa przepis ten narzuca sądy obowiązek stosowania takiego rozumowania przy analizie materiału dowodowego, który jest zgodny z wymogami wyznaczonymi przepisami prawa procesowego, doświadczeniem życiowym oraz regułami logicznego myślenia; sądy są obowiązane rozważyć materiał dowodowy w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny jako całość, dokonując wyboru określonych środków dowodowych i ważąc ich moc oraz wiarygodność, a także odnosząc je do pozostałego materiału dowodowego. Podniesienie skutecznego zarzutu naruszenia przez sąd swobodnej oceny dowodów wymaga więc udowodnienia, że powyższe okoliczności nie zachodzą. W szczególności skarżący powinien wskazać, w jaki sposób sąd naruszył kryteria przy ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłusznie im je przyznając, względnie wskazać jakie dowody wskazujące na fakty istotne dla rozstrzygnięcia zostały przez sąd pominięte (por. Sąd Najwyższy m. in. w orzeczeniach: z dnia 23 stycznia 2001 r., IV CKN 970/00; z dnia 12 kwietnia 2001 r., II CKN 588/99; z dnia 10 stycznia 2002 r., II CKN 572/99). Strona skarżąca nie przedstawiła żadnych argumentów mogących prowadzić do skutecznego wzruszenia waloru kwestionowanej opinii biegłego M. G., bądź też dowodów z których miały wynikać ustalenia odmienne. Nie jest przy tym zasadne stwierdzenie pełnomocnika apelującej, że analizując stan zdrowia odwołującej sąd I instancji de facto oparł się jedynie na opinii biegłego M. G.. Już pobieżna lektura uzasadnienia skarżonego orzeczenia prowadzi bowiem do wniosku, że sąd ten czyniąc ustalenia w tym zakresie uwzględnił również wnioski pozostałych opiniujących w sprawie biegłych – lekarza ortopedy K. K. (1) oraz lekarza medycyny pracy J. P.. Co istotne, wnioski biegłych co do tego, że ubezpieczona nie odzyskała zdolności do pracy w sensie ortopedycznym po 18 listopada 2016 r. były w istocie zbieżne z wnioskami, jakie w tym zakresie formułował biegły M. G.. Podobnie jak w przypadku biegłego G., biegli ci odnieśli się do powoływanych w toku procesu zastrzeżeń do ich opinii. Opinie nie były przy tym kwestionowane na etapie zaskarżenia wyroku sądu I instancji, zaś sąd okręgowy nie znalazł podstaw ku temu, by poddawać w wątpliwość sformułowane w nich wnioski.

Z tej zaś perspektywy w sprawie nie doszło do naruszenia art. 278 § 1 k.p.c. ani art. 227 k.p.c. Analiza treści apelacji wskazuje, że naruszenie tych przepisów zostało podniesione w kontekście niedopuszczenia przez sąd rejonowy kolejnej opinii biegłego z zakresu ortopedii i medycyny pracy, z wyłączeniem dotychczas opiniujących w sprawie biegłych sądowych, dla wykazania faktu odzyskania przez odwołującą zdolności do pracy po 18 listopada 2016 r. Taka jednak sytuacja w niniejszej sprawie nie wystąpiła, o ile bowiem ww. kwestia stanowiła okoliczność istotną dla rozstrzygnięcia sprawy, (art. 227 k.p.c.), o tyle na tle zgromadzonego przez sąd I instancji materiału dowodowego nie zachodziły wątpliwości wymagające wiadomości specjalnych uzasadniające dopuszczenie kolejnego dowodu z opinii biegłych sądowych ww. specjalności. Sąd rejonowy przeprowadził trzy takie dowody – dwie opinie biegłych ortopedów i jedną opinię biegłej z zakresu medycyny pracy – które dodatkowo zostały uzupełnione, również ustnie, celem odniesienia się do podnoszonych przez stronę skarżącą zastrzeżeń. Opinie były przy tym zbieżne co do okoliczności braku odzyskania zdolności do pracy odwołującej po 18 listopada 2016 r. Natomiast zgodnie z ugruntowanym

orzecznictwem nie można przyjąć, że sąd obowiązany jest dopuścić dowód z kolejnych biegłych, czy też opinii instytutu w każdym wypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony. Sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z dalszej opinii, gdy zachodzi taka potrzeba, a więc wtedy, gdy opinia, którą dysponuje, zawiera istotne luki, bo nie odpowiada na postawione tezy dowodowe, jest niejasna, czyli nienależycie uzasadniona lub nieweryfikowalna, to jest gdy przedstawiona przez biegłego analiza nie pozwala organowi orzekającemu skontrolować jego rozumowania co do trafności jego wniosków końcowych. Zgłaszając taki wniosek, strona winna wykazać błędy, sprzeczności lub inne wady w złożonych do akt sprawy opiniach biegłych, które dyskwalifikują te opinie, uzasadniając tym samym powołanie dodatkowych opinii. Również samo niezadowolenie strony z wymowy dotychczas złożonych opinii nie jest wystarczającą przesłanką dopuszczenia kolejnego dowodu z opinii biegłych (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 13 stycznia 2009 r., I UK 283/08; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 sierpnia 1999 r., I PKN 20/99; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 marca 1997 r., II UKN 45/97; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 stycznia 2012 r., I UK 195/11; wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 29 kwietnia 2021 r., III AUa 58/21).

Brak skutecznego zakwestionowania ustaleń sądu I instancji w powyższym zakresie prowadził do konstatacji o prawidłowym zastosowaniu przez ten sąd wspomnianych na wstępie przepisów art. 8 i 9 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Pełnomocnik skarżącej nie przedstawił natomiast w jaki sposób miałyby dojść do uchybienia pozostałym wskazanym w apelacji przepisom tej ustawy (art. 12 ust. 1, art. 54 ust. 1, art. 55 ust. 1, art. 61 ust. 1 i 2 oraz art. 66 ust. 1) oraz art. 83 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Sąd II instancji nie jest natomiast związany podnoszonymi przez skarżącego zarzutami naruszenia przepisów prawa materialnego – w szczególności, gdy strona nie przedstawia argumentów i okoliczności celem wykazania ich zasadności.

Mając na uwadze powyższe okoliczności sąd okręgowy uznał, że skarżone rozstrzygnięcie sądu rejonowego było prawidłowe, gdyż Sąd ten wyczerpująco i precyzyjnie ustalił stan faktyczny, jak również zasadnie i adekwatnie do ustalonego stanu faktycznego wskazał przepisy prawa stanowiące podstawę rozstrzygnięcia. Apelacja skarżącej nie zawierała natomiast argumentów mogących wzruszyć kwestionowane rozstrzygnięcie, a w istocie stanowiła jedynie polemikę z prawidłowymi ustaleniami sądu rejonowego. Sąd okręgowy rozpoznając sprawę nie stwierdził, aby doszło do wskazywanych przez skarżącą uchybień, ani również by zachodziły podstawy do uchylenia skarżonego wyroku. Biorąc powyższe pod uwagę sąd okręgowy na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację strony powodowej, o czym orzekł jak w sentencji wyroku.

O kosztach postępowania sąd okręgowy orzekł na podstawie art. 99 k.p.c. w zw. z art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z § 9 ust. 2 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 1 Ministra Sprawiedliwości z 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 265), zasądając od odwołującej na rzecz zainteresowanej kwotę 120 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego strony przeciwnej w instancji odwoławczej.