

Sygn. akt X U 169/16

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 października 2016 r.

**Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Śródmieścia we Wrocławiu X Wydział Pracy
i Ubezpieczeń Społecznych**

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSR Marcin Szajner

Protokolant: Monika Biegańska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 14 października 2016 r. **we W.**

sprawy z odwołania M. S. (1)

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.

z dnia 7.05.2014r. **znak:** (...)

z dnia 29.05.2014r. **znak:** (...)

z dnia 30.06.2014r. **znak:** (...)

z dnia 17.07.2014r. **znak:** (...)

w sprawie M. S. (1)

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.

o zasiłek chorobowy

I. zmienia zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. z dnia 7.05.2014r. znak: (...) w ten sposób, że przyznaje wnioskodawcy M. S. (1) prawo do zasiłku chorobowego w dniu 17 kwietnia 2014r;

II. zmienia zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. z dnia 29.05.2014. znak: (...) w ten sposób, że przyznaje wnioskodawcy M. S. (1) prawo do zasiłku chorobowego od dnia 18 kwietnia 2014r do dnia 20 maja 2014r.;

III. zmienia zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. z dnia 30.06.2014r. znak: (...) w ten sposób, że przyznaje wnioskodawcy M. S. (1) prawo do zasiłku chorobowego od dnia 21 maja 2014r do dnia 23 czerwca 2014r;

IV. zmienia zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. dnia 17.07.2014r. znak: (...) w ten sposób, że przyznaje wnioskodawcy M. S. (1) prawo do zasiłku chorobowego od dnia 24 czerwca 2014r do dnia 21 lipca 2014r i nadal w przypadku dalszej nieprzerwanej niezdolności do pracy;

V. zasądza od strony pozwanej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. na rzecz wnioskodawcy M. S. (1) kwotę 240 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w sprawie.

VI. pozostałe koszty postępowania zalicza na rachunek Skarbu Państwa.

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 7 maja 2014 r. (znak (...)) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. odmówił ubezpieczonemu, M. S. (1), prawa do zasiłku chorobowego za dzień 17.04.2014 r.

W uzasadnieniu decyzji organ rentowy wskazał, że prawidłowość orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich podlega kontroli, wykonywanej przez lekarzy orzeczników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. W celu wykonania kontroli lekarz orzecznik ZUS może przeprowadzić badanie lekarskie ubezpieczonego w wyznaczonym miejscu lub w miejscu jego pobytu. ZUS wysyła do ubezpieczonego, za zwrotnym potwierdzeniem odbioru, wezwanie, w którym określa termin badania przez lekarza orzecznika i informuje o skutkach niestawiennictwa. W razie uniemożliwienia badania przez ubezpieczonego zaświadczenie lekarskie traci moc od dnia następującego po tym terminie. Z posiadanej przez organ rentowy dokumentacji wynika, że ubezpieczony został wezwany na badanie przez lekarza orzecznika ZUS na dzień 16 kwietnia 2014 r. Mimo odbioru wezwania, ubezpieczony nie stawiał się na badanie, zatem zaświadczenie lekarskie wydane na okres od dnia 3 kwietnia 2014 r. do dnia 17 kwietnia 2014 r. traci ważność z dniem 16 kwietnia 2014 r.

Decyzją z dnia 29 maja 2014 r. (znak (...)) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. odmówił wnioskodawcy prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 18 kwietnia 2014 r. do dnia 20 maja 2014 r. i nadal w przypadku dalszej nieprzerwanej niezdolności do pracy.

W uzasadnieniu decyzji organ rentowy wskazał, że ubezpieczony nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 17 kwietnia 2014 r., gdyż za kwiecień 2014 r. nie została opłacona należna składka na to ubezpieczenie w ustawowym terminie. Niezdolność do pracy z powodu choroby powstała w dniu 18 kwietnia 2014 r., czyli w okresie, gdy ubezpieczony nie podlegał ubezpieczeniu chorobowemu. Ponadto wnioskodawca, mimo odbioru wezwania na badanie przez lekarza orzecznika ZUS na dzień 14 maja 2014 r., nie stawiał się na badanie, zatem zaświadczenie lekarskie wydane na okres od dnia 6 maja 2014 r. do dnia 20 maja 2014 r. traci ważność z dniem 14 maja 2014 r.

Decyzją z dnia 30 czerwca 2014 r. (znak (...)) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. odmówił wnioskodawcy prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 21 maja 2014 r. do dnia 23 czerwca 2014 r. i nadal w przypadku dalszej nieprzerwanej niezdolności do pracy.

W uzasadnieniu decyzji organ rentowy wskazał, że od dnia 17 kwietnia 2014 r. wnioskodawca nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, gdyż za miesiące kwiecień i maj 2014 r. nie została opłacona składka na to ubezpieczenie. Niezdolność do pracy z powodu choroby powstała w dniu 21 maja 2014 r., a więc w okresie, gdy ubezpieczony nie podlegał ubezpieczeniu chorobowemu.

Decyzją z dnia 17 lipca 2014 r. (znak (...)) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. odmówił ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 24 czerwca 2014 r. do dnia 21 lipca 2014 r. i nadal w przypadku dalszej nieprzerwanej niezdolności do pracy.

W uzasadnieniu decyzji organ rentowy wskazał, że ubezpieczony nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 17 kwietnia 2014 r., gdyż za kwiecień 2014 r. nie została opłacona należna składka na to ubezpieczenie w ustawowym terminie. Niezdolność do pracy z powodu choroby powstała w dniu 18 kwietnia 2014 r., czyli w okresie, gdy ubezpieczony nie podlegał ubezpieczeniu chorobowemu.

Odwołując się od opisanych decyzji, ubezpieczony wniósł w dniu 14 sierpnia 2014 r. (data stempla pocztowego) o przywrócenie mu wszystkich świadczeń.

Uzasadniając swoje stanowisko w sprawie ubezpieczony wskazał, że nie otrzymał pisma dotyczącego wezwania na badanie przez lekarza orzecznika ZUS. Wnioskodawca podkreślił, że jest osobą chorą na cukrzycę, ponadto ma schorzenia kręgosłupa dolnego, górnego, zatok oraz skóry, związane z cukrzycą. W grudniu ubezpieczony ukończył turnus rehabilitacyjny zlecony przez ZUS, który nie doprowadził do wyleczenia ubezpieczonego. Wnioskodawca podniósł, że od marca mieszka u swojej żony przy ul. (...) we W., o czym informował Oddział ZUS. Korespondencję pochodzącą od ZUS, wysyłaną na adres przy ul. (...), odbiera ktoś z rodziny ubezpieczonego, bez jego zgody. Z powyższych względów ubezpieczony nie stawiał się na badanie, które miało być wykonane przez lekarza orzecznika ZUS (k. 2).

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

Organ rentowy podtrzymał argumentację zawartą w uzasadnieniu zaskarżonych decyzji (k. 4).

Wyrokiem z dnia 20 października 2015 r. Sąd Rejonowy dla Wrocławia – Śródmieścia we Wrocławiu X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, wydanym w sprawie o sygn. akt X U 610/14, zmienił zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. i przyznał wnioskodawcy M. S. (1) prawo do zasiłku chorobowego począwszy od dnia 17 kwietnia 2014 r. do dnia 21 lipca 2014 r. oraz zasądził od organu rentowego na rzecz ubezpieczonego kwotę 60 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego (k. 118).

Organ rentowy w dniu 27 listopada 2014 r. (prezentata Biura Podawczego tut. Sądu) zaskarżył powyższy wyrok w całości. Wyrokowi temu organ rentowy zarzucił:

- naruszenie prawa materialnego poprzez niezastosowanie przepisu art. 6, art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 25.06.1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa poprzez przyznanie prawa do zasiłku chorobowego za okres od 17 kwietnia 2014 r. do 21 lipca 2014 r. w sytuacji, gdy ubezpieczony w tym czasie nie podlegał ubezpieczeniu chorobowemu;
- nierozpoznanie istoty sprawy poprzez nierozstrzygnięcie o odmowie ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego na podstawie zaskarżonych decyzji z dnia 7 maja 2014 r., z dnia 29 maja 2014 r. oraz z dnia 30 czerwca 2014 r.

Z uwagi na powyższe organ rentowy wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości celem rozpoznania istoty sprawy przez Sąd I instancji, ewentualnie o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie odwołania w całości, oraz o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego za obie instancje według norm przepisanych (k. 131).

W odpowiedzi na apelację ubezpieczony wniósł o oddalenie apelacji oraz o zasądzenie na rzecz ubezpieczonego kosztów zastępstwa procesowego za II instancję według norm przepisanych.

W uzasadnieniu ubezpieczony wskazał, że spełniał ustawowe przesłanki do przyznania mu prawa do zasiłku chorobowego – przebywał bowiem na zwolnieniu lekarskim od dnia 24 grudnia 2013 r. do dnia 9 stycznia 2014 r., a następnie od dnia 10 lutego 2014 r. do dnia 4 sierpnia 2014 r. w sposób ciągły. Za wskazane miesiące ubezpieczony opłacał składkę na ubezpieczenie chorobowe w stosownej wysokości wynikającej z przebywania na zwolnieniu lekarskim, w tym za miesiąc kwiecień i maj 2014 r. (k. 143 – 145).

Wyrokiem z dnia 22 stycznia 2016 r., wydanym w sprawie o sygn. akt IX Ua 126/15, Sąd Okręgowy we Wrocławiu IX Wydział Ubezpieczeń Społecznych uchylił zaskarżony wyrok i sprawę przekazał Sądowi Rejonowemu dla Wrocławia – Śródmieścia we Wrocławiu X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych celem ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach zastępstwa procesowego za obie instancje.

W uzasadnieniu swojego stanowiska Sąd Okręgowy wskazał, że Sąd I instancji nie rozpoznał istoty sporu. Sąd Okręgowy podniósł, że w odwołaniu z dnia 14 sierpnia 2014 r. odwołujący powołał się jedynie na decyzję organu rentowego nr (...), bez podania daty jej wydania, jednocześnie wnosząc o przywrócenie mu wszystkich odebranych świadczeń z tytułu zasiłku chorobowego. W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wypowiedział się co do zasadności odwołania od wszystkich wydanych wobec ubezpieczonego decyzji, tj. z dnia 7 maja 2014 r., 29 maja 2014 r., 30 czerwca 2014 r. i 17 lipca 2014 r. W zaskarżonym wyroku z dnia 20 października 2015 r., sygn. akt X U 610/14, Sąd Rejonowy wskazał, że rozpoznał sprawę z odwołania od decyzji z dnia 17 lipca 2014 r., a w sentencji zmienił zaskarżoną decyzję poprzez przyznanie prawa do zasiłku chorobowego od dnia 17 kwietnia 2014 r. do dnia 21 lipca 2014 r. – w sytuacji, gdy decyzja z dnia 17 lipca 2014 r. dotyczyła odmowy prawa do zasiłku za okres od dnia 24 czerwca 2014 r. do dnia 21 lipca 2014 r. i nadal. W ocenie Sądu Okręgowego powyższe jednoznacznie wskazuje, że Sąd I instancji nie ustalił prawidłowo zakresu procedowania – nie ustalił, jakie decyzje organu rentowego zostały zaskarżone, a tym samym, jakie okresy nieprzyznania prawa do zasiłku chorobowego były sporne. Ponadto w swoim wyroku Sąd Rejonowy powołał się nie na decyzję z dnia 7 maja 2014 r., której numer został wskazany w odwołaniu z dnia 14 sierpnia 2014 r., ale na ostatnią z wydanych wobec M. S. (1) – tj. decyzję z dnia 17 lipca 2014 r., a swym rozstrzygnięciem objął okres wynikający z wszystkich czterech decyzji wskazanych przez organ rentowy w odpowiedzi na odwołanie. Sąd Okręgowy wskazał, że zadaniem Sądu Rejonowego przy ponownym rozpoznaniu sprawy będzie ustalenie zakresu żądania odwołującego, a zatem ustalenie, od których decyzji organu rentowego nastąpiło odwołanie. Dodatkowo Sąd I instancji winien pochylić się nad kwestią terminu wniesienia odwołania i dokonać oceny związanych z tym okoliczności sprawy pod kątem ewentualnego przekroczenia terminu do wniesienia odwołania od poszczególnych decyzji oraz wynikających z tego skutków (k. 148 – 156).

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

U ubezpieczonego, M. S. (1), rozpoznano cukrzycę typu 2, otyłość pokarmową oraz chorobę zwyrodnieniową – zniekształcającą kręgosłupa. W okresie od dnia 9 sierpnia 2013 r. do dnia 28 października 2014 r. wnioskodawca był leczony w Wojewódzkiej Przychodni Podstawowej (...) przy ul. (...) we W.. W tym okresie u ubezpieczonego występowały bóle kręgosłupa, zmiany skórne powodowane cukrzycą oraz nieprawidłowo wysokie poziomy glukozy we krwi (do 350 mg%). Wnioskodawca zażywał przepisany przez lekarza lek hipoglikemizujący, który nie przyniósł oczekiwanego efektu. Z uwagi na niestabilny poziom glukozy we krwi ubezpieczony pozostawał niezdolny do pracy w okresie od dnia 17 kwietnia 2014 r. do dnia 21 lipca 2014 r.

Adresem zameldowania wnioskodawcy jest ul. (...) we W.. Od miesiąca marca 2014 r. ubezpieczony przebywał stale w mieszkaniu u swojej żony przy ul. (...) we W..

W dniu 11 kwietnia 2014 r. organ rentowy skierował na adres zameldowania ubezpieczonego wezwanie na badanie, które przeprowadzić miał w stosunku do ubezpieczonego w dniu 16 kwietnia 2014 r. lekarz orzecznik ZUS. Wezwanie zostało odebrane przez M. S. (2), brata ubezpieczonego, jednak nie zostało ono przekazane ubezpieczonemu. M. S. (2) odebrał także wezwanie ubezpieczonego na badanie lekarskie na dzień 14 maja 2014 r., przesłane przez ZUS na adres zameldowania ubezpieczonego, nie przekazał jednak wezwania wnioskodawcy. Wezwanie organu rentowego na badanie lekarskie na dzień 17 lipca 2014 r., skierowane na adres zameldowania ubezpieczonego, nie zostało podjęte w terminie. Wnioskodawca nie stawiał się na badania lekarskie w dniach 16 kwietnia 2014 r., 14 maja 2014 r. i 17 lipca 2014 r.

Jako podstawę wymiaru składki na ubezpieczenia społeczne ubezpieczony wskazał w deklaracjach rozliczeniowych:

- za miesiąc styczeń 2014 r. – kwotę 1 595,07 zł (deklaracja z dnia 10 lutego 2014 r.);
- za miesiąc luty 2014 r. – kwotę 722,44 zł (deklaracja z dnia 5 marca 2014 r.);
- za miesiąc marzec 2014 r. – kwotę 0,00 zł (deklaracja z dnia 7 kwietnia 2014 r.);

- za miesiąc kwiecień 2014 r. – pierwotnie kwotę 0,00 zł, następnie kwotę 1 048,88 zł (korekta deklaracji z dnia 4 września 2014 r.);
- za miesiąc maj 2014 r. – pierwotnie kwotę 0,00 zł, następnie kwotę 2 247,60 zł (korekta deklaracji z dnia 4 września 2014 r.);
- za miesiąc czerwiec 2014 r. – pierwotnie kwotę 0,00 zł, następnie kwotę 2 247,60 zł (korekta deklaracji z dnia 4 września 2014 r.);
- za miesiąc lipiec 2014 r. – pierwotnie kwotę 0,00 zł, następnie kwotę 2 247,60 zł (korekta deklaracji z dnia 4 września 2014 r.).

Ubezpieczony miał wypłacany zasiłek chorobowy za okres od dnia 12 lipca 2013 r. do dnia 9 stycznia 2014 r. oraz od dnia 10 lutego 2014 r. do dnia 16 kwietnia 2014 r. Dokumenty rozliczeniowe za miesiące od lipca 2013 r. do marca 2014 r. zostały złożone w prawidłowej wysokości, a składki opłacone w terminie.

Ubezpieczony posiadał zwolnienie lekarskie m.in. w okresach:

- 24.12.2013 r. – 09.01.2014 r.;
- 10.02.2014 r. – 23.02.2014 r.;
- 05.03.2014 r. – 18.03.2014 r.;
- 19.03.2014 r. – 02.04.2014 r.;
- 03.04.2014 r. – 17.04.2014 r.;
- 01.05.2014 r. – 06.06.2014 r.;
- 07.06.2014 r. – 23.06.2014 r.;
- 24.06.2014 r. – 21.07.2014 r.;
- 22.07.2014 r. – 04.08.2014 r.

Ubezpieczony nie opłacał składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w okresach, w których przebywał na zwolnieniu lekarskim, uznając, że za ten czas przysługuje mu zasiłek chorobowy, który zwalnia go jednocześnie z obowiązku uiszczania składek.

Decyzją z dnia 7 maja 2014 r. (znak (...)) organ rentowy odmówił ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego za dzień 17 kwietnia 2014 r. Decyzja została nadana listem zwykłym na adres zameldowania ubezpieczonego w dniu 8 maja 2014 r.

Decyzją z dnia 29 maja 2014 r. (znak (...)) organ rentowy odmówił wnioskodawcy prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 18 kwietnia 2014 r. do dnia 20 maja 2014 r. i nadal w przypadku dalszej nieprzerwanej niezdolności do pracy. Decyzja została nadana listem poleconym na adres zameldowania ubezpieczonego w dniu 30 maja 2014 r.

Decyzją z dnia 30 czerwca 2014 r. (znak (...)) organ rentowy odmówił wnioskodawcy prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 21 maja 2014 r. do dnia 23 czerwca 2014 r. i nadal w przypadku dalszej nieprzerwanej niezdolności do pracy. Decyzja została nadana listem poleconym na adres zameldowania ubezpieczonego w dniu 1 lipca 2014 r.

Decyzją z dnia 17 lipca 2014 r. (znak (...)) organ rentowy odmówił ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 24 czerwca 2014 r. do dnia 21 lipca 2014 r. i nadal w przypadku dalszej nieprzerwanej niezdolności do pracy. Decyzja została nadana listem poleconym na adres zameldowania ubezpieczonego w dniu 17 lipca 2014 r.

Dowód:

Akta orzecznicze organu rentowego (w załączeniu do akt sprawy);

Dokumentacja medyczna leczenia wnioskodawcy (k. 36 – 41);

Opinia biegłego sądowego lekarza internisty z dn. 16.03.2015 r.
(k.45, 46);

Informacja ZUS O/we W. z dn. 04.08.2015 r. (k. 66);

Dokumentacja ubezpieczeniowa wnioskodawcy za okres styczeń – wrzesień 2014 r. (k. 75 – 112);

Kserokopia wydruków z systemu informatycznego organu rentowego – potwierdzenia nadania poszczególnych decyzji do wnioskodawcy
(k. 179 – 183);

Przesłuchanie wnioskodawcy (k. 32v, 116; płyty CD)

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Odwołanie podlegało uwzględnieniu jako zasadne.

Istota sporu w niniejszej sprawie sprowadzała się do ustalenia, czy w spornym okresie od dnia 17 kwietnia 2014 r. do dnia 21 lipca 2014 r. i nadal w przypadku orzeczenia dalszej nieprzerwanej niezdolności do pracy, ubezpieczonemu przysługiwało prawo do zasiłku chorobowego. Dla ustalenia powyższej kwestii konieczna była analiza, czy w spornym okresie ubezpieczony pozostawał niezdolny do pracy, a następnie ocena, jakie konsekwencje należy przypisać niestawiennictwu ubezpieczonego na badaniach lekarskich przeprowadzanych przez lekarza orzecznika ZUS oraz nieopłaceniu przez ubezpieczonego składek na ubezpieczenie społeczne we wskazanych przez organ rentowy okresach. Ponadto Sąd zobowiązany był do zbadania formalnej kwestii zachowania terminu do wniesienia przez ubezpieczonego odwołań od zaskarżonych decyzji.

W pierwszej kolejności Sąd wskazuje, iż rozstrzygnięcie w niniejszej sprawie oparł przede wszystkim na dowodach z dokumentów, wskazanych w treści uzasadnienia, albowiem ich wiarygodność i autentyczność nie budziła wątpliwości stron ani Sądu, a także na dowodzie z opinii biegłego sądowego lekarza internisty. Na podstawie akt orzeczniczych organu rentowego Sąd zdołał ustalić, jaki był przebieg postępowania ubezpieczeniowego, a także treść i uzasadnienia zaskarżonych decyzji. Dokumentacja medyczna leczenia ubezpieczonego, a także opinia biegłego sądowego lekarza internisty pozwoliła określić, na jakie schorzenia cierpi ubezpieczony. Z dokumentacji medycznej oraz przedmiotowej opinii wynika jednoznacznie, iż w spornym okresie ubezpieczony pozostawał niezdolny do pracy. Dalej, na podstawie informacji Wydziału Ubezpieczeń i Składek (...) Oddział we W. oraz dokumentacji ubezpieczeniowej przedstawionej przez wnioskodawcę, Sąd ustalił przebieg regulowania płatności tytułem należnych składek na ubezpieczenie chorobowe przez ubezpieczonego, a także deklarowaną przez ubezpieczonego podstawę wymiaru składek w spornym okresie. Wydruk zrzutów ekranu z systemu informatycznego organu rentowego potwierdził fakt nadania przez organ rentowy do wnioskodawcy zaskarżonych decyzji.

Odnosząc się do przedstawionej przez biegłego opinii w sprawie Sąd uznaje, że brak jest podstaw do zanegowania opinii biegłego. Wydana opinia zawiera pełne i jasne uzasadnienie, uwzględniające rozpoznane u ubezpieczonego schorzenia oraz przebieg i efekty przeprowadzonego leczenia. Dlatego, w ocenie Sądu, sporządzonej przez biegłego opinii nie można odmówić fachowości i rzetelności co do medycznej oceny stanu zdrowia ubezpieczonego

biorąc pod uwagę okoliczność, iż powołany biegły jest specjalistą z dużym doświadczeniem medycznym i stażem orzeczniczym. Sąd wskazuje ponadto, że biegli sądowi obowiązani są orzekać zgodnie z wiedzą medyczną, posiadanymi kwalifikacjami i obowiązującymi przepisami. Pole ich orzekania nie jest zatem ograniczone żadnymi dodatkowymi kryteriami, poza obowiązującymi przepisami prawa. Wydający opinię w sprawie biegły jest lekarzem niezależnym od stron, zatem nie ma żadnego powodu, by orzekać na korzyść którejkolwiek ze stron.

Ponadto wskazać należy, że opinia biegłego sądowego podlega ocenie przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c. – na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażanych w niej wniosków. Sąd może zatem oceniać opinię biegłego pod względem fachowości, rzetelności czy logiczności, nie może natomiast nie podzielać poglądów biegłego czy w ich miejsce wprowadzać własnych twierdzeń (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 grudnia 1990 r., sygn. akt I PR 148/90, OSP 1991/11/300).

Z uwagi na powyższe Sąd w pełni podzielił wnioski zawarte w opinii biegłego sądowego lekarza internisty, mając na uwadze fakt, że jest ona rzetelna, fachowa i poparta przekonującym uzasadnieniem. Również strony niniejszego postępowania uznały przedmiotową opinię za miarodajną, jako że nie wnosiły zastrzeżeń do opinii biegłego.

Sąd zdecydował o ograniczeniu postępowania dowodowego do dowodów jak wyżej oraz o pominięciu dowodu z przesłuchania stron. Pominięcie dowodu z przesłuchania strony pozwanej nastąpiło na wniosek tej strony, który Sąd uznał za uzasadniony. Za pominięciem dowodu z przesłuchania wnioskodawcy przemawiał zaś fakt jego uprzedniego przesłuchania w postępowaniu przed Sądem I instancji, a także okoliczność znacznego upływu czasu między okresem spornym a momentem przeprowadzania postępowania przed tut. Sądem. W niniejszej sprawie niezwykle istotne było ustalenie konkretnych dat dokonania przez strony określonych czynności, a fragmentaryczna wiedza ubezpieczonego w tym zakresie, powodowana niepamięcią, nie przyczyniłaby się do poczynienia miarodajnych ustaleń faktycznych. Z uwagi na wskazane przeszkody Sąd uznał dowód z przesłuchania wnioskodawcy za nieprzydatny dla stwierdzenia istotnych okoliczności w sprawie.

By rozpoznać istotę niniejszej sprawy konieczne było, zgodnie z zaleceniami Sądu Okręgowego, precyzyjne ustalenie zakresu żądania wnioskodawcy. Sąd I instancji nie ustalił bowiem, jakie decyzje organu rentowego zostały zaskarżone, a tym samym, jakie okresy nieprzyznania prawa do zasiłku chorobowego były sporne.

Realizując powyższe zalecenie Sądu Okręgowego, Sąd w niniejszym składzie ustalił jednoznacznie, iż zakresem odwołania ubezpieczonego objęte zostały następujące decyzje organu rentowego: z dnia 7 maja 2014 r. (znak (...)), z dnia 29 maja 2014 r. (znak (...)), z dnia 30 czerwca 2014 r. (...), z dnia 17 lipca 2014 r. (...). Do konstatacji tej Sąd doprowadziła po pierwsze sama już treść odwołania ubezpieczonego, rozpatrywana przez pryzmat odpowiedzi organu rentowego na odwołanie, w której to odpowiedzi organ rentowy wyliczył, jakie decyzje, odmawiające prawa do zasiłku chorobowego, zostały wydane w stosunku do ubezpieczonego. Mimo iż w treści odwołania ubezpieczony wskazał bezpośrednio jedynie na decyzję z dnia 7 maja 2014 r., to jednak podniósł również, że jednocześnie wnosi o przywrócenie wszystkich świadczeń. Odwołanie zostało wniesione w dniu 14 sierpnia 2014 r., a więc w okresie już po wydaniu przez organ rentowy ostatniej z zaskarżonych decyzji (decyzja z dnia 17 lipca 2014 r.). Z powyższego wynika więc, że zamiarem wnioskodawcy było wszczęcie postępowania, w wyniku którego ubezpieczonemu zostałoby przyznane prawo do zasiłku chorobowego w całym spornym okresie, a nie jedynie w tym, którego dotyczyła decyzja z dnia 7 maja 2014 r. (świadczy o tym stwierdzenie wnioskodawcy jednocześnie wnoszące o przywrócenie mi wszystkich świadczeń – a więc świadczeń, o których mowa w decyzji z dnia 7 maja 2014 r. oraz świadczeń, co do których organ rentowy orzekł w dalszych decyzjach). Sąd w pełni podziela stanowisko Sądu Najwyższego, zawarte w wyroku z dnia 20 maja 2004 r. (sygn. akt II UK 396/03, LEX nr 137311), zgodnie z którym czynność podjęta przez ubezpieczonego na piśmie lub do protokołu w terminie do złożenia odwołania, z której wynika, że nie zgadza się z decyzją organu rentowego, należy zakwalifikować jako odwołanie od decyzji. W niniejszej sprawie wnioskodawca odwołał się bezpośrednio od decyzji z dnia 7 maja 2014 r., wskazując jednak, że jednocześnie wnosi o przywrócenie wszystkich świadczeń, co w ocenie Sądu stanowi czynność, o której mowa w cytowanym orzeczeniu Sądu Najwyższego.

Ponadto za prezentowanym stanowiskiem Sądu co do zakresu odwołania przemawia oświadczenie wnioskodawcy, złożone na rozprawie w dniu 30 października 2014 r., w którym sprecyzował swoje stanowisko w sprawie wskazując, że odwołuje się od całości nieprzyznanego mu zasiłku chorobowego. Dodatkowo pismem z dnia 7 listopada 2014 r. ubezpieczony wniósł o skontrolowanie wszystkich decyzji dotyczących jego osoby w zakresie zasiłku chorobowego. Ostatecznie zaś na stanowisko Sądu w rzeczonym zakresie wpłynęło pismo wnioskodawcy datowane na dzień 29 czerwca 2016 r., w którym ubezpieczony jasno wskazał, że odwołaniem objęte są decyzje organu rentowego z dnia 7 maja 2014 r., 29 maja 2014 r., 30 czerwca 2014 r. i 17 lipca 2014 r.

Podsumowując powyższe, Sąd rozpoznający niniejszą sprawę w wykonaniu zalecenia Sądu Okręgowego ustalił, iż odwołanie obejmowało wszystkie 4 decyzje organu rentowego, a zatem odwołujący objął zakresem żądania okres od dnia 17 kwietnia 2014 r. do dnia 21 lipca 2014 r. i nadal w przypadku orzeczenia dalszej nieprzerwanej niezdolności do pracy. Z uwagi na fakt, że niezdolność ta została ostatecznie orzeczona do dnia 4 sierpnia 2014 r., ramy czasowe odwołania obejmują w rezultacie okres od dnia 17 kwietnia 2014 r. do dnia 4 sierpnia 2014 r.

Przechodząc do realizacji kolejnego z zaleceń Sądu Okręgowego, Sąd rozpoznający sprawę ustalił, iż zaskarżone decyzje wysyłane były przez organ rentowy listem zwykłym i nadane zostały w następujących dniach: decyzja z dnia 7 maja 2014 r. nadana w dniu 8 maja 2014 r., decyzja z dnia 29 maja 2014 r. nadana w dniu 30 maja 2014 r., decyzja z dnia 30 czerwca 2014 r. nadana w dniu 1 lipca 2014 r. oraz decyzja z dnia 17 lipca 2014 r. nadana w tym samym dniu. Organ rentowy nie wykazał jednak w żaden sposób w jakich datach przedmiotowe decyzje zostały ubezpieczonemu doręczone.

Zgodnie z przepisem art. 71a ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U.2015.121) Zakład może przysyłać pisma i decyzje listem zwykłym. W takim przypadku jednak w razie sporu ciężar dowodu doręczenia pisma lub decyzji, o których mowa w ust. 1, spoczywa na Zakładzie (art. 71a ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). Zgodnie natomiast z art. 477⁹ § 1 k.p.c., odwołania od decyzji organów rentowych wnosi się na piśmie do organu, który wyda decyzję, lub do protokołu sporządzonego przez ten organ w terminie miesiąca od dnia doręczenia decyzji. Przesyłanie przez Zakład korespondencji listem zwykłym powoduje, że organ rentowy winien jednoznacznie wykazać, w jakiej dacie decyzja została ubezpieczonemu doręczona. W braku takiego wykazania nie może zostać skutecznie podniesiony zarzut wniesienia odwołania z przekroczeniem ustawowego terminu. W niniejszej sprawie zaś organ rentowy przedstawił dowód jedynie co do daty nadania zaskarżonych decyzji, nie zdołał zaś dowieść, kiedy rzeczony decyzje zostały doręczone.

Komentowana regulacja nie może wywoływać negatywnych konsekwencji procesowych dla ubezpieczonego, skoro w przypadku wątpliwości co do prawidłowości i momentu doręczenia pism i decyzji ciężar dowodu spoczywa na Zakładzie. Oznacza to, że doręczenie listem zwykłym będzie zawsze skutkowało wątpliwościami co do jego prawidłowości, zaś w praktyce niweczy możliwość przeprowadzenia skutecznego dowodu co do udowodnienia okoliczności doręczenia. Wątpliwości w powyższym zakresie powinny być rozstrzygane na korzyść ubezpieczonego, gdyż brak skutecznego doręczenia godzi w jego podstawowe uprawnienia procesowe, a przede wszystkim w możliwość skutecznego zaskarżenia wydanej decyzji.

W braku przedłożenia przez organ rentowy skutecznego dowodu przeciwnego co do twierdzeń ubezpieczonego, Sąd uznał za wiarygodne wyjaśnienia wnioskodawcy, przedstawione w piśmie procesowym z dnia 5 listopada 2014 r., w którym ubezpieczony podniósł, iż nie został zaznajomiony ze wszystkimi decyzjami organu rentowego poza decyzją z dnia 7 maja 2014 r., wobec czego wniósł o doręczenie odpisów pozostałych decyzji. Powyższe wydaje się Sądowi tym bardziej wiarygodne, jeśli uwzględnić ustalenia stanu faktycznego niniejszej sprawy, zgodnie z którymi ubezpieczony od miesiąca marca 2014 r. stale nie przebywał pod adresem zameldowania, na który kierowana była korespondencja organu rentowego. Kierując się zasadami doświadczenia życiowego Sąd ustalił, iż wnioskodawca nie miał świadomości istnienia decyzji organu rentowego, wydanych po decyzji z dnia 7 maja 2014 r. Wiedzę o odmowie przyznania prawa do zasiłku chorobowego w okresie od dnia 18 kwietnia 2014 r. do dnia 4 sierpnia 2014 r. ubezpieczony powziął

dopiero w momencie dostrzeżenia zaprzestania wypłaty zasiłku chorobowego przez organ rentowy, nie zaś z treści przedmiotowych decyzji.

Ponadto, z uwagi na brak dowodu doręczenia decyzji organu rentowego z dnia 7 maja 2014 r. nie sposób ustalić daty, od której biegł dla ubezpieczonego miesięczny termin do wniesienia odwołania od tej decyzji. Tym samym nie można zarzucić ubezpieczonemu przekroczenia terminu do wniesienia odwołania. Jednakże nawet gdyby przyjąć, że zaskarżone decyzje organu rentowego zostały ubezpieczonemu skutecznie doręczone w zwyczajowym terminie ok. 7 dni, to najwcześniejsza z wydanych przez organ decyzji (decyzja z dnia 7 maja 2014 r.) powinna zostać doręczona wnioskodawcy w okolicach dnia 14 maja 2014 r. Kolejna z decyzji (z dnia 29 maja 2014 r.) winna więc zostać doręczona około 5 czerwca 2014 r., decyzja z dnia 30 czerwca 2014 r. powinna dotrzeć do adresata około 7 lipca 2014 r., zaś ostatnia z przedmiotowych decyzji (decyzja z dnia 17 lipca 2014 r.) w okolicach dnia 24 lipca 2014 r. Przy takich hipotetycznych założeniach, terminy do wniesienia odwołań od przedmiotowych decyzji upływałyby odpowiednio w dniach 14 czerwca 2014 r., 5 lipca 2014 r., 7 sierpnia 2014 r. oraz 24 sierpnia 2014 r. Ubezpieczony wniósł odwołanie w dniu 14 sierpnia 2014 r., zatem hipotetyczne przekroczenie terminu na wniesienie odwołania nawet od najwcześniejszej z wydanych decyzji nie było nadmierne. Ponadto zważyć należy, iż w spornym okresie ubezpieczony pozostawał niezdolny do pracy i w związku z chorobą nie przebywał pod adresem zameldowania, co czyni zasadnym stwierdzenie, iż ewentualne niewniesienie odwołań w terminie nastąpiło bez winy wnioskodawcy. Zgodnie zaś z art. 477⁹ § 3 k.p.c., Sąd odrzuci odwołanie wniesione po upływie terminu, chyba że przekroczenie terminu nie jest nadmierne i nastąpiło z przyczyn niezależnych od odwołującego się.

Podsumowując powyższe rozważania, Sąd ustalił bezspornie, iż odwołanie wnioskodawcy z dnia 14 sierpnia 2014 r. obejmowało wszystkie cztery decyzje organu rentowego, i nie można przyjąć, by zostało wniesione z przekroczeniem ustawowego terminu.

W dalszej kolejności należy się odnieść do okoliczności, które miały wpływ na odmowę przyznania ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego w spornym okresie. Odmowę tę organ rentowy argumentował po pierwsze niestawiennictwem ubezpieczonego na badaniach, które przeprowadza lekarz orzecznik ZUS, po drugie zaś nieopłaceniem w terminie należnych składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, co w konsekwencji miało prowadzić do ustania ubezpieczenia chorobowego, a tym samym do stwierdzenia, że niezdolność ubezpieczonego do pracy powstała w okresie, gdy temu ubezpieczeniu nie podlegał.

W myśl art. 59 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2010 r. Nr 77 poz. 512 ze zm.) (dalej „ustawa o świadczeniach pieniężnych”) prawidłowość orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich podlega kontroli, którą wykonują lekarze orzecznicy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. W celu kontroli lekarz orzecznik ZUS może m.in. przeprowadzić badanie lekarskie ubezpieczonego w wyznaczonym miejscu (art. 59 ust. 2 pkt 1 lit. a ustawy o świadczeniach pieniężnych) bądź skierować ubezpieczonego na badanie specjalistyczne przez lekarza konsultanta ZUS (art. 59 ust. 3 pkt 2 ustawy o świadczeniach pieniężnych). ZUS wysyła w takiej sytuacji do ubezpieczonego, za zwrotnym potwierdzeniem odbioru, wezwanie, w którym określa termin badania, pouczając o skutkach, o których mowa w ust. 6 i 10 cytowanego przepisu (art. 59 ust. 5 ustawy o świadczeniach pieniężnych). W razie uniemożliwienia badania lub niedostarczenia posiadanych wyników badań w terminie, o którym mowa w ust. 5, zaświadczenie lekarskie traci ważność od dnia następującego po tym terminie (art. 59 ust. 6 ustawy o świadczeniach pieniężnych).

Szczególną uwagę przy wykładni cytowanego przepisu art. 59 ust. 6 należy skierować na zwrot „w razie uniemożliwienia badania”. W ocenie Sądu wprowadzenie tego zwrotu do cytowanej regulacji nakazuje uznać, przy uwzględnieniu nie tylko interesu organu rentowego, ale też słusznego interesu ubezpieczonego, iż negatywny dla ubezpieczonego skutek w postaci utraty ważności zaświadczenia lekarskiego wystąpi jedynie wówczas, gdy ubezpieczony miał możliwość stawienia się na badanie, lecz jedynie od jego woli zależało, czy takiemu badaniu się podda. Termin „uniemożliwić” sugeruje, że udaremnienie musi odbyć się w sposób świadomy i zgodny z wolą osoby, która uniemożliwiła przeprowadzenie badania. Osoba ta musi mieć zatem realny wpływ na zaistnienie danej

sytuacji (w tym wypadku na przeprowadzenie badania), co staje się dopuszczalne wyłącznie w razie istnienia możliwości dokonania przez nią wyboru określonego działania bądź zaniechania. O możliwości dokonania takiego wyboru nie można zaś mówić w sytuacji, gdy osoba, która ma podlegać badaniu, nie została powiadomiona o wezwaniu, tym samym nie jest świadoma terminu i miejsca badania.

W niniejszej sprawie ubezpieczony bez wątpienia nie stawiał się na badania lekarza orzecznika ZUS w dniach 16 kwietnia 2014 r., 14 maja 2014 r. i 17 lipca 2014 r. pomimo, iż wezwania organ rentowy doręczył w sposób prawidłowy (dwukrotnie skorzystał z doręczenia zastępczego – przesyłka doręczona została pełnoletniemu domownikowi, który podjął się oddania przesyłki adresatowi, raz zaś organ rentowy skorzystał z fikcji doręczenia z uwagi na brak odebrania przesyłki w terminie pomimo dwukrotnego jej awizowania). Niemniej jednak wnioskodawca wykazał, że nie ponosi winy za niestawiennictwo na badaniach, gdyż wezwania nie zostały mu właściwie przekazane przez domowników, jedno zaś z wezwań korzystało jedynie z fikcji doręczeń. W niniejszej sprawie, na niestawiennictwo wnioskodawcy na badania lekarskie złożył się szereg wydarzeń, na które nie miał on w istocie wpływu. W ocenie Sądu zasadne jest zatem zastosowanie poprzez analogię przepisu art. 168 § 1 i 2 k.p.c. w zw. z art. 477⁹ § 3.

Konsekwencją powyższego było skorzystanie w niniejszej sprawie z opinii biegłego sądowego lekarza internisty, który jednoznacznie wskazał, iż w spornym okresie ubezpieczony pozostawał niezdolny do pracy. U badanego występowały bowiem nieprawidłowo wysokie poziomy cukru (do 350 mg%). Złe wyniki kontrolne glikemii uzasadniały orzeczenie niezdolności do pracy. Okres zwolnienia lekarskiego służył przede wszystkim dobraniu właściwego leku i ścisłej obserwacji możliwych objawów niepożądanych. Czasowe wyłączenie z aktywności zawodowej pozwoliło ponadto na wykonywanie częstszych kontrolnych pomiarów poziomu glukozy, co jest konieczne dla oceny efektywności terapii.

Skoro zatem w spornym okresie ubezpieczony pozostawał niezdolny do pracy i nie można przypisać mu świadomego i celowego uniemożliwienia przeprowadzenia badania przez lekarza orzecznika ZUS, odmowa przyznania prawa do zasiłku, spowodowana utratą ważności zaświadczeń lekarskich ubezpieczonego z uwagi na niestawiennictwo na badania, nie była zasadna.

Przechodząc do drugiego z podniesionych przez organ rentowy argumentów, zgodnie z którym niezdolność do pracy wnioskodawcy powstała w okresie, gdy nie podlegał on ubezpieczeniu chorobowemu, Sąd wskazuje, co następuje.

Z przepisów art. 18 ust. 9 i 10 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych wynika, iż wnioskodawca nie jest obowiązany opłacać składki za okres, w którym pobiera zasiłek chorobowy. W stanie faktycznym niniejszej sprawy ubezpieczony posiadał w spornym okresie zwolnienie lekarskie i pozostawał w przekonaniu, że za okres zwolnień lekarskich przysługuje mu prawo do zasiłku chorobowego. Tymczasem organ rentowy odmówił wnioskodawcy prawa do zasiłku chorobowego z uwagi na fakt niestawiennictwa na badaniach lekarskich lekarza orzecznika ZUS. Odmowa prawa do zasiłku chorobowego znalazła wyraz w przedmiotowych decyzjach organu rentowego, jednakże organ rentowy nie wykazał, by decyzje te zostały wnioskodawcy doręczone. Tym samym nie sposób przyjąć bezspornie, by wnioskodawca z treścią decyzji został zaznajomiony. Przekonanie wnioskodawcy o przysługującym mu prawie do zasiłku chorobowego spowodowało, że w miesiącach kwietniu, maju, czerwcu, lipcu w okresach, gdy przebywał na zwolnieniu lekarskim, nie uiszczał składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. W konsekwencji, organ rentowy uznał, iż dobrowolne ubezpieczenie chorobowe wnioskodawcy ustało z dniem 17 kwietnia 2014 r. (do dnia 16 kwietnia 2014 r. ubezpieczony pobierał zasiłek chorobowy).

Należy podkreślić, że co do zasady samo przebywanie na zwolnieniu lekarskim (bez prawa do wypłaty zasiłku z tego tytułu) nie zwalnia płatnika z obowiązku opłaty składek za czas choroby. Jednakże w stanie faktycznym niniejszej sprawy to organ rentowy niejako doprowadził do sytuacji, gdy ubezpieczony nie posiada opłaconej składki za miesiąc, za który w ostatecznym rozrachunku nie otrzymuje zasiłku. Pozbawiając ubezpieczonego prawa do zasiłku chorobowego w spornym okresie organ rentowy spowodował, że ustała okoliczność równoważna w skutkach z opłaceniem składki za dane miesiące. Utrata statusu osoby ubezpieczonej, na którą powołał się ZUS w decyzjach z dnia 17 lipca 2014 r., 30 czerwca 2014 r. i 29 maja 2014 r., była więc następstwem pozbawienia prawa do zasiłku chorobowego, a nie przyczyną utraty tego świadczenia.

Podkreślić należy także, że uznanie za niezasadną pierwszej z decyzji organu rentowego (decyzja z dnia 7 maja 2014 r.), odmawiającej prawa do zasiłku chorobowego z uwagi na niestawiennictwo ubezpieczonego na badanie lekarskie w dniu 16 kwietnia 2014 r. niejako zdezaktualizowało zasadność dalszych rozstrzygnięć organu rentowego, zaprezentowanych w kolejnych decyzjach. W świetle zmiany niniejszym rozstrzygnięciem pierwszej z zaskarżonych decyzji poprzez przyznanie ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego nie sposób uznać, by zaświadczenie lekarskie wydane na okres do dnia 17 kwietnia 2014 r. utraciło ważność z dniem 16 kwietnia 2014 r., tym samym nie można przyjąć, że ubezpieczenie chorobowe wnioskodawcy ustało od dnia 17 kwietnia 2014 r. Skoro więc ubezpieczony zarówno przed, jak i po dniu 17 kwietnia 2014 r. w dalszym ciągu podlegał ubezpieczeniu chorobowemu i orzeczono wobec niego, zgodnie z zaświadczeniami lekarskimi, dalszą nieprzerwaną niezdolność do pracy, to za okresy niezdolności ubezpieczony nie był zobowiązany do opłacania składek na ubezpieczenie chorobowe, bowiem w okresie niezdolności do pracy organ rentowy winien wypłacać ubezpieczonemu zasiłek chorobowy.

W świetle powyższego, decyzje organu rentowego z dnia 7 maja 2014 r., 29 maja 2014 r., 30 czerwca 2014 r. oraz 17 lipca 2014 r. nie odpowiadały prawu. Z uwagi na powyższe **w pkt I – IV sentencji wyroku** Sąd zmienił zaskarżone decyzje i przyznał wnioskodawcy prawo do zasiłku chorobowego w łącznym okresie od dnia 17 kwietnia 2014 r. do dnia 21 lipca 2014 r. i nadal w przypadku dalszej nieprzerwanej niezdolności do pracy.

Orzekając o kosztach postępowania Sąd ustalił, iż koszty zastępstwa procesowego przed Sądem I instancji wyrażały się kwotą 60 zł, należną ubezpieczonemu, który był stroną wygrywającą sprawę w tej instancji, od organu rentowego (art. 98 k.p.c. w zw. z § 11 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu – Dz. U. Nr 163, poz. 1349 ze zm.).

Mając na uwadze powyższe, **w pkt V sentencji wyroku** Sąd zasądził od strony pozwanej kwotę 240 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w sprawie, nie tracąc z pola widzenia iż w istocie przedmiotem sporu były cztery odwołania ubezpieczonego od czterech decyzji organu rentowego w przedmiocie prawa do zasiłku chorobowego.

Orzeczenie o kosztach **jak w pkt VI sentencji wyroku** wydano w oparciu o art. 98 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U.2016.623).

Mając na uwadze powyższe, orzeczono jak we wstępie.