

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 11 marca 2019 r.

**Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Śródmieścia we Wrocławiu X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w następującym składzie:**

**Przewodniczący: SSR Anna Garncarz**

**Protokolant: Dominika Gorząd**

**po rozpoznaniu w dniu 11 marca 2019 r. we Wrocławiu na rozprawie sprawy**

**z odwołania A. A.**

**od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.**

**z dnia 12 lipca 2017 r. znak (...)**

**z dnia 17 lipca 2017 r. znak (...)**

**z dnia 17 lipca 2017 r. znak (...)**

**w sprawie z powództwa A. A.**

**przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.**

**o zasiłek chorobowy**

**I. zmienia zaskarżoną decyzję strony pozwanej z dnia 17 lipca 2017 r. znak (...) w ten sposób, że przyznaje wnioskodawczyni A. A. prawo do zasiłku chorobowego za okres od 5 listopada 2015 r. do 30 listopada 2015 r.**

**II. dalej idące odwołanie oddala,**

**III. orzeka, że nieuiszczone koszty sądowe ponosi Skarb Państwa.**

## UZASADNIENIE

Ubezpieczona A. A. wniosła odwołanie od decyzji organu rentowego - Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W., z 12 lipca 2017 r. znak (...) uchylającej decyzję z 11 września 2015 r. znak (...):

1. przyznającej ubezpieczonej prawo do zasiłku chorobowego za okres od 29 maja 2015 r. do 2 września 2015 r.,
2. zwalnającej płatnika (...) sp. z o.o. z siedzibą we W. z obowiązku zwrotu wypłaconego ubezpieczonej zasiłku chorobowego za okres od 29 maja 2015 r. do 25 lipca 2015 r. w kwocie 659,85 zł wraz z należnymi odsetkami w wysokości 8,00 zł łącznie 667,85 zł

i domagała się jej zmiany poprzez przyznanie prawa do zasiłku chorobowego za okres od 15 maja 2015 r. do 15 listopada 2015 r. oraz rozpoznanie ciągłości przedstawionych zaświadczeń chorobowych za okres od 15 maja 2015 r. do 2 marca 2016 r.

Uzasadniając odwołanie, ubezpieczona podniosła, że organa rentowy błędnie określił okres, w którym przysługuje jej zasiłek chorobowy, określony w decyzji jako od 29 maja 2015 r. do 2 września 2015 r. Organowi rentowemu zostały dostarczone zwolnienia lekarskie od 15 maja 2015 r. do 2 marca 2016 r. Termin 182 dni, za które przysługuje zasiłek chorobowy od 15 maja 2015 r. kończy się 15 listopada 2015 r., dlatego przedstawiony okres od 29 maja 2015 r. do 2 września 2015 r. jest nieuzasadniony. Wbrew ustaleniom organu rentowego dostarczona dokumentacja wykazuje niezdolność do pracy za cały okres (k. 2-v. 2).

Odpowiadając na odwołanie, organ rentowy wniósł o jego oddalenie z uwagi na brak podstaw prawnych do jego uwzględnienia.

Uzasadniając swoje stanowisko organ rentowy zarzucił, że decyzją z 11 września 2015 r. znak (...) odmówiono ubezpieczonej prawa do zasiłku chorobowego za okres od 29 maja 2015 r. do 2 września 2015 r. oraz wezwano płatnika składek od zwrotu wypłaconego świadczenia za okres od 29 maja 2015 r. do 27 lipca 2015 r. z uwagi na fakt, że na podstawie decyzji z 21 sierpnia 2015 r. nr (...) ubezpieczona nie została ujęta ubezpieczeniami emerytalnym, rentowymi, chorobowymi i wypadkowym jako pracownica płatnika (...) sp. z o.o. we W..

Wyrokiem Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z 16 maja 2017 r., sygn. akt III Au 2/17 zmieniono decyzje ZUS w ten sposób, że uznano, że od 1 sierpnia 2014 r. ubezpieczona została objęta obowiązkowymi ubezpieczeniami emerytalnym, rentowymi, chorobowym i wypadkowym jako pracownica płatnika (...) sp. z o.o. we W. (k. 4-5).

Ubezpieczona A. A. wniosła odwołanie od decyzji organu rentowego - Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W., z 17 lipca 2017 r. znak (...) odmawiającej jej prawa do zasiłku chorobowego za okres od 5 listopada 2015 r. do 30 listopada 2015 r. i domagała się jej zmiany poprzez przyznanie prawa do zasiłku chorobowego za okres od 15 maja 2015 r. do 15 listopada 2015 r. oraz rozpoznanie ciągłości przedstawionych zaświadczeń chorobowych za okres od 15 maja 2015 r. do 2 marca 2016 r. (sprawa została zarejestrowana pod sygn. akt X U 598/17).

Uzasadniając odwołanie, ubezpieczona podniosła, że orzeczenie lekarskie za sporny okres zostało wydane 29 października 2015 r. ze względu na ograniczoną dostępność lekarza prowadzącego jej chorobę, która w tym okresie miała znacząco ograniczoną mobilność z powodu krytycznego stanu choroby. Zaświadczenie było wystawione jako kontynuacja zaświadczenia za okres kończący się w dniu 4 listopada 2015 r. Niedopatrzenie wymogów rozporządzenia wynikało z intencji zapewnienia jak najlepszej opieki przez lekarza i nie fatygowania jej w krytycznym momencie choroby (k. 9-v. 9).

Odpowiadając na odwołanie, organ rentowy wniósł o jego oddalenie z uwagi na brak podstaw prawnych do jego uwzględnienia.

Uzasadniając swoje stanowisko organ rentowy zarzucił, że zaświadczenie lekarskie zostało wystawione 29 października 2015 r. na okres od 5-30 listopada 2015 r., a zatem niezgodnie z zasadami orzecznictwa lekarskiego określonymi w rozporządzeniu. Nie może więc stanowić podstawy do przyznania zasiłku chorobowego za sporny okres (k. 19-20).

Ubezpieczona A. A. wniosła odwołanie od decyzji organu rentowego - Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W., z 17 lipca 2017 r. znak (...) odmawiającej jej prawa do zasiłku chorobowego za okres od 8 stycznia 2016 r. do 1 marca 2016 r. i domagała się jej zmiany poprzez przyznanie prawa do zasiłku chorobowego za okres od 15 maja 2015 r. do 15 listopada 2015 r. oraz rozpoznanie ciągłości przedstawionych zaświadczeń chorobowych za okres od 15 maja 2015 r. do 2 marca 2016 r. (sprawa została zarejestrowana pod sygn. akt X U 599/17).

Uzasadniając odwołanie, ubezpieczona podniosła, że do organu rentowego zostały dostarczone zwolnienia lekarskie za okres od 15 maja 2015 r. do 2 marca 2016 r. Termin 182 dni, za które przysługuje zasiłek chorobowy od 15 maja 2015 r. kończy się 15 listopada 2015 r., dlatego przedstawiony okres od 8 stycznia 2015 r. do 1 marca 2016 r. jest nieuzasadniony.

Ubezpieczona wskazała, że za okres od 3 września 2015 r. do 2 października 2015 r. dostarczone zostało zaświadczenie lekarskie, które nie zostało zarejestrowane w dokumentacji ZUS. Natomiast zaświadczenie lekarskie wystawione na okres od 5-30 listopada 2015 r. zostało wystawione w dniu 29 października 2015 r. ze względu na ograniczoną dostępność lekarza prowadzącego jej chorobę, która w tym czasie miała znacząco ograniczoną mobilność z powodu krytycznego stanu choroby. Zaświadczenie to było wystawione jako kontynuacja zaświadczenia za okres kończący się w dniu 4 listopada 2015 r. Niedopatrzenie wymogów rozporządzenia wynikało z intencji zapewnienia jak najlepszej opieki przez lekarza i nie fatygowania jej w krytycznym momencie choroby (k. 16-v. 16).

Odpowiadając na odwołanie, organ rentowy wniósł o jego oddalenie z uwagi na brak podstaw prawnych do jego uwzględnienia.

Uzasadniając swoje stanowisko organ rentowy zarzucił, że z akt sprawy wynika, że ubezpieczona w okresach: od 15 maja 2015 r. do 2 września 2015 r., od 3 października 2015 r. do 4 listopada 2015 r. i od 1 grudnia 2015 r. do 7 stycznia 2016 r. wykorzystała okres zasiłkowy w wymiarze 182 dni. Tym samym po tym czasie nie przysługiwał jej zasiłek chorobowy (k. 11-v. 11).

Zarządzeniami przewodniczącego z 18 września 2017 r. sprawy o sygn. akt: X U 598/17 i X U 599/17 zostały połączone ze sprawą o sygn. akt X U 597/17 celem ich wspólnego rozpoznania i rozstrzygnięcia pod sygn. akt X U 597/17 (k. 13, 22).

Na rozprawie w dniu 6 marca 2018 r. ubezpieczona oświadczyła, że domaga się jedynie wypłaty zasiłku chorobowego za okres od 5-30 listopada 2015 r.

#### **Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny.**

Ubezpieczona, A. A. z powodu zachorowania na raka, w czerwcu i lipcu 2015 r. przeszła dwie operacje. W październiku 2015 r. podjęła leczenie chemioterapią w 4 cyklach. Pierwszy cykl zabiegów miał odbyć się 30 października 2015 r. (piątek). Dzień wcześniej (29 października 2015 r.) ubezpieczona udała się do lekarza w swojej przychodni i poinformowała go, że ma zwolnienie do 4 listopada 2015 r. Z uwagi na fakt, że miała przejść chemioterapię i było wiadome, że po chemioterapii ubezpieczona nie będzie w stanie przyjść do lekarza po tym zabiegu, lekarz wystąpił jej w dniu 29 października 2015 r. zwolnienie lekarskie: seria (...) obejmujące okres od 5-30 listopada 2015 r.

#### **Dowód:**

- Wyjaśnienia ubezpieczonej A. A. złożone na rozprawie 06.03.2018 r.,
- Pisma A. K. – karta 42-43.

Ubezpieczona, posiadała zwolnienia lekarskie na następujące okresy:

- od 15.05.2015 r. – 29.05.2015 r. kod choroby F32,
- od 30.05.2015 r. – 12.06.2015 r. kod choroby F32,
- od 13.06.2015 r. – 30.06.2015 r. kod choroby F32,
- od 22.06.2015 r. – 25.07.2015 r. kod choroby C50,
- od 01.07.2015 r. – 31.07.2015 r. kod choroby F32,
- od 28.07.2015 r. – 02.09.2015 r. kod choroby C50,
- od 04.09.2015 r. – 02.10.2015 r. kod choroby F32,

- od 03.10.2015 r. – 04.11.2015 r. kod choroby F32,
- od 05.11.2015 r. – 30.11.2015 r. kod choroby C50,
- od 01.12.2015 r. – 15.12.2015 r. kod choroby I97,
- od 11.12.2015 r. – 07.01.2016 r. kod choroby C50,
- od 07.01.2016 r. – 05.02.2016 r. kod choroby C50,
- od 05.02.2016 r. – 01.03.2016 r. kod choroby C50.

Ubezpieczona wykorzystwała przysługujący jej okres zasiłkowy 182 dni z dniem 7 stycznia 2016 r.

**Dowód:**

- Zestawienie zaświadczeń – w aktach ZUS.

Za okres od 29 maja 2015 r. do 2 września 2015 r. organ rentowy wypłacił ubezpieczonej zasiłek chorobowy.

Za okres od 8 stycznia 2016 r. do 1 marca 2016 r. organ rentowy wypłacił ubezpieczonej świadczenie rehabilitacyjne.

**Dowód:**

- Wyjaśnienia ubezpieczonej A. A. złożone na rozprawie 06.03.2018 r.,
- Pismo organu rentowego z 05.04.2018 r. – karta 47.

W okresie od 5 do 30 listopada 2015 r. ubezpieczona była niezdolna do pracy z powodu trwającego procesu diagnostyczno-terapeutycznego związanego z rozpoznaniem u niej rakiem piersi.

**Dowód:**

- Opinia biegłego sądowego – karta 69-74.

**Sąd Rejonowy zważył co następuje**

Odwołania zasługiwały na częściowe uwzględnienie.

Na uwzględnienie zasługiwało odwołanie od decyzji z 17 lipca 2017 r. znak (...).

Zgodnie z art. 53 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 1368 ze zm., zw. dalej ustawą) w brzmieniu obowiązującym w momencie orzeczonej niezdolności do pracy, przy ustalaniu prawa do zasiłków i ich wysokości dowodami stwierdzającymi czasową niezdolność do pracy z powodu choroby, konieczność osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny, pobyt w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej - są zaświadczenia lekarskie, o których mowa w art. 55.

Natomiast art. 55 ust. 1 ustawy w brzmieniu obowiązującym w momencie orzeczonej niezdolności do pracy stanowi, że zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej, konieczności osobistego sprawowania przez ubezpieczonego opieki nad chorym członkiem rodziny, zwane dalej "zaświadczeniem lekarskim", jest wystawiane na odpowiednim druku, według wzoru określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 59 ust. 14.

Zgodnie zatem z § 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich (tj. Dz. U. z 2013 r., poz. 229; zw. dalej rozporządzeniem), wydanym na podstawie art. 59 ust. 14 ustawy chorobowej, zaświadczenie lekarskie wystawia lekarz, lekarz dentyista, starszy felczer lub felczer prowadzący leczenie, na okres, w którym ubezpieczony ze względu na stan zdrowia powinien powstrzymać się od pracy, jednak nie dłuższy niż do dnia, w którym niezbędne jest przeprowadzenie ponownego badania stanu zdrowia ubezpieczonego.

Jednocześnie w myśl § 3 ust. 1 rozporządzenia, zaświadczenie lekarskie wystawia się na okres od dnia, w którym przeprowadzono badanie, lub od dnia bezpośrednio następującego po dniu badania.

Natomiast zgodnie z § 3 ust. 1a rozporządzenia, zaświadczenie lekarskie może być wystawione na okres rozpoczynający się po dniu badania, nie później jednak niż czwartego dnia po dniu badania, jeżeli:

- 1) bezpośrednio po dniu badania przypadają dni wolne od pracy,
- 2) badanie jest przeprowadzane w okresie wcześniej orzeczonej niezdolności do pracy.

Okolicznością bezsporną było to, że zaświadczenie lekarskie (...) seria (...) na okres od 5-30 listopada 2015 r., zostało wystawione przez lekarza w dniu 29 października 2015 r., tj. w dniu kiedy zostało przeprowadzone badanie lekarskie ubezpieczonej. Bezsporne było również to, że następny dzień (30 października 2015 r.) nie był dniem wolnym, a w dniu badania ubezpieczoną miała orzeczoną niezdolność do pracy obejmującą okres do 4 listopada 2015 r.

W świetle powyższego należy stwierdzić, że przedmiotowe zaświadczenie lekarskie zostało wystawione niezgodnie z wytycznymi rozporządzenia. W przypadku ubezpieczonej, nie wystąpiła przesłanka z § 3 ust. 1a pkt 1 rozporządzenia, albowiem dzień następujący bezpośrednio po dniu badania (30 października 2015 r. – piątek) nie był bowiem dniem wolnym. Nie zostało też wystawione zgodnie z przepisem § 3 ust. 1a pkt 2 rozporządzenia. Choć w dniu badania ubezpieczona miała orzeczoną niezdolność do pracy, nie mniej jednak w takim przypadku, zaświadczenie lekarskie winno być wystawione od 2 listopada 2015 r.

Jednakże w ocenie Sądu, biorąc pod uwagę całokształt okoliczności sprawy, ubezpieczona nie może ponosić odpowiedzialności za zaistniałą sytuację. Z ustaleń faktycznych wynika, że wystawienie zwolnienia lekarskiego z dnia 29 października 2015 r. z datą niezdolności do pracy od 5 listopada 2015 r. wynikało z tego, że po pierwsze ubezpieczona w dniu 30 października 2015 r. miała przejść w szpitalu zabieg chemioterapii, po którym w najbliższych dniach nie byłaby w stanie udać się do lekarza, aby uzyskać dalsze zwolnienie lekarskie od 5 listopada 2015 r., a po drugie do 4 listopada 2015 r. miała orzeczoną już niezdolność do pracy stwierdzoną innym zaświadczeniem lekarskim. Biorąc te okoliczności pod uwagę lekarz uznał za „ekonomicznie” uzasadnione i zasadne orzeczenie dalszej niezdolności do pracy od 5 listopada 2015 r., choć mógł tak naprawdę wystawić zaświadczenie lekarskie np. od dnia badania lub od 2 listopada 2015 r.

Jednocześnie należy wyraźnie podkreślić, że organ rentowy nie kwestionował faktu niezdolności do pracy ubezpieczonej w spornym okresie. Okoliczności te w sposób jednoznaczny potwierdza opinia biegłego sądowego, który w uzasadnieniu wskazał, że leczenie onkologiczne ze swojej istoty jest zazwyczaj rozciągnięte w czasie i stanowi ciągłość wynikającą z procesu diagnostycznego. Jeśli choroba nowotworowa nie powoduje objawów ogólnych, niezdolność chorego (chorej) do pracy rozpoczyna się wraz z pierwszym etapem diagnostyki inwazyjnej, którym w przypadku ubezpieczonej był zabieg pierwszej biopsji mammotomicznej zmiany zlokalizowanej w obrębie lewej piersi. Leczenie choroby nowotworowej ubezpieczonej miało charakter wieloetapowy, wynikający ze zróżnicowanego i budzącego liczne wątpliwości diagnostyczne co do charakteru procesu nowotworowego i jego zasięgu. Różne rozpoznania histopatologiczne formułowane od 8 maja 2015 r. do 27 października 2015 r. uniemożliwiały podjęcie kompetentnej decyzji co do rodzaju uzupełniającego leczenia operacyjnego i dopiero po tej ostatniej dacie ustalono definitywnie dalszy tok leczenia. Tak więc kontynuacja zwolnień lekarskich wydawanych w okresie obejmującym dwie biopsje mammotomiczne i dwa kolejne zabiegi operacyjne, a następnie przygotowanie i realizację programu

leczenia cytostatycznego ma pełne uzasadnienie merytoryczne. Z dokumentów przedstawionych przez ubezpieczoną wynika, że w dniach 30 października 2015 r. i 20 listopada 2015 r. otrzymała dwa pierwsze z czterech planowanych i zrealizowanych kursów leczenia cytostatycznego. Nie ma zatem najmniejszych wątpliwości, że zwolnienie lekarskie wydane na okres 5-30 listopada 2015 r. było związane z prowadzonym wówczas leczeniem systemowym i tym samym w pełni uzasadnione, gdyż w tym czasie nie była zdolna do pracy.

Odwołania w zakresie pozostałych dwóch decyzji z:

- 12 lipca 2017 r. znak (...) - (...),

- 17 lipca 2017 r. znak (...) - (...),

nie zasługiwały na uwzględnienie.

Decyzją z 12 lipca 2017 r. organ rentowy uchylił swoją poprzednią decyzję z 11 września 2015 r. znak. (...) i przyznał ubezpieczonej prawo do zasiłku chorobowego za okres od 29 maja 2015 r. do 2 września 2015 r. Natomiast z wyjaśnień ubezpieczonej wynika, że stosowne świadczenie zostało jej wypłacone, w związku z czym, nie podtrzymuje dalej swojego odwołania od tejże decyzji. Skoro więc świadczenie, którego wypłaty domagała się ubezpieczona zostało jej wypłacone przez organ rentowy i zaskarżona decyzja została w pełni zrealizowana, nie było podstaw do jej uwzględnienia.

Podobnie w przypadku odwołania od decyzji z 17 lipca 2017 r. Zgodnie z art. 8 ustawy, zasiłek chorobowy przysługuje przez okres trwania niezdolności do pracy z powodu choroby nie dłużej niż przez 182 dni. Skoro więc z dniem 7 stycznia 2016 r. ubezpieczona wyczerpała przysługujący jej okres zasiłkowy, to od 8 stycznia 2016 r. nie przysługiwał jej już zasiłek chorobowy lecz świadczenie rehabilitacyjne (art. 18 ust. 1 ustawy). Natomiast z ustaleń faktycznych wynika, że za okres od 8 stycznia 2016 r. do 1 marca 2016 r. organ rentowy wypłacił ubezpieczonej stosowne świadczenie, w związku z czym nie przysługiwał jej za ten okres zasiłek chorobowy.

Stan faktyczny w sprawie, Sąd ustalił w oparciu o wyjaśnienia ubezpieczonej oraz dowody z dokumentów znajdujących się w aktach sprawy i aktach organu rentowego, które zostały sporządzone w przewidzianej formie, a ich autentyczność, nie została skutecznie zakwestionowana przez strony w toku postępowania.

Ponadto Sąd przeprowadził również dowód z opinii biegłego sądowego, którą Sąd uznał za wiarygodną, gdyż była rzetelna, jasno uzasadniona, logiczna, konsekwentna i wyczerpująca, a nadto prawidłowo oparta na dokumentacji zgromadzonej w aktach sprawy oraz bezpośrednim badaniu ubezpieczonej. Dlatego Sąd w pełni podzielił dokonane w niej ustalenia, uznając że nie ma podstaw do zanegowania prezentowanego przez biegłego stanowiska.

Opinia biegłego sądowego podlega ocenie przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c. – na podstawie właściwych dla jej przymiotu 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 Najwyższy w swoim wyroku z dnia 19 grudnia 1990 r. (I PR 148/90, OSP 1991/11/300) stwierdził, że „Sąd może oceniać opinię biegłego pod względem fachowości, rzetelności czy logiczności. Może pomijać oczywiste pomyłki czy błędy rachunkowe. Nie może jednak nie podzielać poglądów biegłego, czy w ich miejsce wprowadzać własnych stwierdzeń”.

Zgodnie z art. 286 k.p.c. Sąd może zażądać ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie, może też w razie potrzeby zażądać dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych. Samo niezadowolenie stron z opinii biegłych nie uzasadnia jednak zażądania dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych. W toku postępowania żadna ze stron nie składała zastrzeżenia do opinii biegłego sądowego. Sąd, w ramach zastrzeżonej dla niego swobody, decyduje, czy ma możliwość oceny dowodu w sposób pełny i wszechstronny, czy jest w stanie prześledzić jego wyniki oraz - mimo braku wiadomości specjalnych - ocenić rozumowanie, które doprowadziło biegłego do wydania opinii. Sąd czyni to zapoznając się z całością opinii, tj. z przedstawionym w niej materiałem dowodowym, wynikami badań

przedmiotowych i podmiotowych. Wszystko to, a nie tylko końcowy wniosek opinii, stanowi przesłanki dla uzyskania przez sąd podstaw umożliwiających wyjaśnienie sprawy.

Z powyższych względów w pkt. I sentencji wyroku, Sąd na podstawie art. 477<sup>(14)</sup> § 2 k.p.c. zmienił zaskarżoną decyzję z 17 lipca 2017 r. znak (...) przyznając ubezpieczonej prawo do zasiłku chorobowego za okres od 5-30 listopada 2015 r., natomiast w pozostałym zakresie na mocy art. 477<sup>(14)</sup> § 1 k.p.c. oddalił odwołania od decyzji z 12 lipca 2017 r. znak (...) oraz 17 lipca 2017 r. znak (...)(pkt. II sentencji wyroku).

Orzeczenie o kosztach, jak w pkt III sentencji wyroku, znajduje uzasadnienie w treści art. 98 ustawy z 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t. j. Dz. U. z 2016 r., poz. 623 ze zm.), zgodnie z którym w toku postępowania w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych wydatki ponosi Skarb Państwa. Wydatkami tymi było wynagrodzenie biegłego.

Mając powyższe na uwadze, Sąd orzekł jak w sentencji.