

Sygn. akt: XU-17/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 07 stycznia 2014r.

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

Przewodniczący: SSR Barbara Bonczar

Protokolant: Grażyna Mazurkiewicz

po rozpoznaniu na posiedzeniu jawnym w dniu 07 stycznia 2014r. we Wrocławiu

sprawy z odwołania **T. T. (1)**

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.

z dnia 14 listopada 2011r. znak: (...)

w sprawie **T. T. (1)**

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.

o **świadczenie rehabilitacyjne**

oddala odwołanie.

Sygn. akt X U 17/12

UZASADNIENIE

Ubezpieczony, T. T. (1), wniósł odwołanie od decyzji organu rentowego, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W., z dnia 14 listopada 2011 r. znak (...), odmawiającej mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego i domagał się zmiany decyzji poprzez przyznanie mu świadczenia rehabilitacyjnego na okres sześciu miesięcy.

W uzasadnieniu odwołania, ubezpieczony podniósł, iż ubezpieczony nabywa prawo do zasiłku chorobowego po upływie 30 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego – jeżeli podlega obowiązkowo temu ubezpieczeniu, a taka właśnie sytuacja miała miejsce w jego przypadku. Ubezpieczony wskazał, iż został zatrudniony od dnia 15 listopada 2010 r. a pierwszy dzień zwolnienia przypada na dzień 18 stycznia 2011 r. Ponadto, od dnia 18 sierpnia 2011 r. nadal jest niezdolny do pracy (nie powrócił do pracy) i nadal się leczy a lekarze zalecili rehabilitację.

Ubezpieczony wyjaśnił, iż przed złożeniem wniosku o świadczenie rehabilitacyjne stawił się do oddziału ZUS we W. w celu ustalenia daty upływu okresu 182 dni okresu zasiłkowego. Pracownik organu rentowego poinformował go, że okres ten upływa w dniu 18 sierpnia 2011 r. Po 18 sierpnia 2011 r. nadal leczył się a lekarze go leczący chcieli wystawiać mu kolejne zwolnienia, jednakże byli informowani przez niego, że upłynął okres 182 dni i zwolnienia już nie mogą wystawiać, leczenie następowało nadal bez wystawiania zwolnień. Bóle były jednak zbyt intensywne i lekarz rodzinny zalecił badania szczegółowe. Po dokonaniu badań w D. we W., okazało się, że jest niezbędna rehabilitacja. Pierwszą rehabilitację odbył na przełomie października/listopada 2011 r. (albowiem wcześniej nie było możliwości). Druga rehabilitacja jest prowadzona obecnie od 12 grudnia 2011 r. do 31 2011 r. a trzecia część jest zaplanowana na

przełom stycznia i lutego 2012 r. Wszystkie rehabilitacje odbywały i odbywają się w ZOZ MSWiA we W.. Jak wynika z pierwszej rehabilitacji a dalsza rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy przez ubezpieczonego.

Ponadto, jak wynika z informacji ustnej przekazanej przez kierownika referatu, który wydał zaskarżoną decyzję, decyzja została wydana na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika, który to właśnie stwierdził, że okres zasiłkowy dla ubezpieczonego wyniósł 149 dni. Do dnia 15 grudnia 2011 r. takiej decyzji ubezpieczonemu nie doręczono, uniemożliwiając zaskarżenie takiego orzeczenia. Ubezpieczony wskazał, iż zaskarżona decyzja nie została doręczona zgodnie z zasadami określonymi w art. 39 kpa albowiem nie doręczono jej za potwierdzeniem odbioru i ZUS nie dysponuje takim potwierdzeniem a przecież jest ono niezbędne do stwierdzenia czy ubezpieczony dochował termin 30 dniowy do wniesienia odwołania i na chwilę obecna ani ZUS ani sąd stwierdzić tego nie może.

Ubezpieczony podkreślił, że pozostaje od dnia 19 sierpnia 2011 r., bez jakiegokolwiek wynagrodzenia albowiem nie jest zdolny do pracy i zakład pracy nie wypłaca wynagrodzenia, ZUS bezzasadnie odmówił prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, narażając go na negatywne skutki zwiane z brakiem środków do godnego życia, np. nie uregulowanie rat kredytowych, mogące skutkować wypowiedzeniem kredytu, brakiem środków na utrzymanie (k. 2-6).

*

Organ rentowy – Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W., w odpowiedzi na odwołanie ubezpieczonej, wniósł o jego oddalenie, z uwagi na brak podstaw prawnych do jego uwzględnienia.

W uzasadnieniu swojego stanowiska organ rentowy zarzucił, iż dokumentacji znajdującej się w posiadaniu Oddziału wynika, że ubezpieczony korzystał ze zwolnień lekarskich, za które otrzymywał odpowiednio zasiłek chorobowy i opiekuńczy w następujących okresach:

- 18.01.2011 r. do 04.02.2011 r. - choroba symbol M47,
- 05.02.2011 r. do 19.02.2011 r. - choroba symbol N20,
- 20.02.2011 r. do 01.03.2011 r. - opieka,
- 02.03.2011 r. do 15.03.2011 r. - choroba symbol J00,
- 16.03.2011 r. do 25.03.2011 r. - choroba symbol H65,
- 26.03.2011 r. do 03.04.2011 r. - opieka,
- 04.04.2011 r. do 14.04.2011 r. - choroba symbol 106,
- 15.04.2011 r. do 26.04.2011 r. - opieka,
- 27.04.2011 r. do 10.05.2011 r. - choroba symbol J01,
- 11.05.2011 r. do 25.05.2011 r. - choroba symbol J02,
- 26.05.2011 r. do 06.06.2011 r. - choroba symbol N20,
- 07.06.2011 r. do 13.06.2011 r. - choroba symbol J11,
- 14.06.2011 r. do 26.06.2011 r. - choroba symbol N20,
- 27.06.2011 r. do 12.07.2011 r. - choroba symbol J06,
- 13.07.2011 r. do 01.08.2011 r. - choroba symbol M47,

- 02.08.2011 r. do 08.08.2011 r. - choroba symbol A09,

- 09.08.2011 r. do 18.08.2011 r. - choroba symbol N20.

Stosownie do postanowień art. 8 oraz art. 9 ust 1 i 2 ustawy z 25.06.1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, „okres zasiłkowy” został liczony od dnia 2 marca 2011 r.

Prawidłowość takiego sposobu obliczania okresu zasiłkowego została potwierdzona przez Z-cę Głównego Lekarza Orzecznika w piśmie z dnia 21 września 2011 r.

Za okres po dniu 18 sierpnia 2011 r. wnioskodawca nie przedstawił dalszych zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy, natomiast w dniu 18 października 2011 r. wpłynął wniosek o przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego. Główny Lekarz Orzecznik nie przeprowadził badania ubezpieczonego (opinia z dnia 27 października 2011 r.) celem ewentualnego ustalenia medycznych wskazań do świadczenia rehabilitacyjnego, z uwagi na nie spełnienie przez powoda innych przesłanek niezbędnych do przyznania świadczenia tj. nie wyczerpania okresu zasiłkowego i nie przedłożenia dalszych zaświadczeń ZUS ZLA dokumentujących niezdolność do pracy (k. 29-30).

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

Powód, T. T. (1), pozostając w zatrudnieniu w firmie (...) sp. z o.o. we W. w 2011 r. przebywał na zwolnieniu lekarskim w następujących okresach:

- 18.01.2011 r. do 04.02.2011 r. - choroba symbol M47 (zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa),

- 05.02.2011 r. do 19.02.2011 r. - choroba symbol N20 (kamienica nerkowa),

- 20.02.2011 r. do 01.03.2011 r. - opieka,

- 02.03.2011 r. do 15.03.2011 r. - choroba symbol J00 (ostre zapalenie nosa i gardła),

- 16.03.2011 r. do 25.03.2011 r. - choroba symbol H65 (nieropne zapalenie ucha środkowego),

- 26.03.2011 r. do 03.04.2011 r. - opieka,

- 04.04.2011 r. do 14.04.2011 r. - choroba symbol I06 (choroba reumatyczna zastawek serca),

- 15.04.2011 r. do 26.04.2011 r. - opieka,

- 27.04.2011 r. do 10.05.2011 r. - choroba symbol J01 (ostre zapalenie zatok przynosowych),

- 11.05.2011 r. do 25.05.2011 r. - choroba symbol J02 (ostre zapalenie gardła),

- 26.05.2011 r. do 06.06.2011 r. - choroba symbol N20 (kamienica nerkowa),

- 07.06.2011 r. do 13.06.2011 r. - choroba symbol J11 (grypa),

- 14.06.2011 r. do 26.06.2011 r. - choroba symbol N20 (kamienica nerkowa),

- 27.06.2011 r. do 12.07.2011 r. - choroba symbol J06 (ostre zapalenie górnych dróg oddechowych),

- 13.07.2011 r. do 01.08.2011 r. - choroba symbol M47 (zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa),

- 02.08.2011 r. do 08.08.2011 r. - choroba symbol A09 (biegunka),

- 09.08.2011 r. do 18.08.2011 r. - choroba symbol N20 (kamienica nerkowa).

W zawiązku zespołem bólowym kręgosłupa powód uczęszczał na zabiegi fizjoterapeutyczne w okresie: 14-25 listopad 2011 r., 3-16 luty 2012 r., 7-20 marzec 2012 r., 11-24 kwiecień 2012 r., 3-17 sierpień 2012 r.

Z dniem 20 sierpnia 2012 r. wobec przeciwwskazań zdrowotnych powód został uznany za zdolnego do wykonywania pracy na stanowisku prawnik.

Dowody: zeznania świadka J. T. k. 128-v. 128,

zeznania świadka J. B. k. v. 128-129,

zeznania świadka G. R. k. 146-v. 146

kserokopia zaświadczeń lekarskich k. 9-14, 17-29 oraz w aktach ZUS,

zaświadczenia k. 57 (koperta),

historia choroby k. 109-112, 133, 135, 136,

skierowanie na zabiegi k. 137-141

pismo organu rentowego z 19.04.2012 r. k. 65,

opinia biegłych sądowych z 14.10.2013 r. k. 158-162.

Decyzją z dnia 14 listopada 2011 r. organ rentowy na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych oraz art. 8, art. 9 ust. 1 i 2 i art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa odmówił ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Dowody: dokumentacja w aktach ZUS (teczka).

Biegli sądowi z zakresu ortopedii oraz neurologii rozpoznali u ubezpieczonego nawracające zapalenia górnych dróg oddechowych, kamienicę moczową, dyskopatię L5/S1 i zmiany przeciążeniowe kręgosłupa lędźwiowego, zespół bólowy kręgosłupa.

W opinii biegłych sądowych z dnia 14 października 2013 r. powód po 19 sierpnia 2011 r. nie był niezdolny długotrwale niezdolny do pracy i decyzja ZUS nie przyznająca ubezpieczonemu świadczenia rehabilitacyjnego po dniu 19 sierpnia 2011 r. była słuszna zarówno pod względem formalnym jak i zdrowotnym.

Dowód: opinia biegłych sądowych z 14.10.2013 r. k. 158-162.

Pismem z dnia 30 grudnia 2013 r. (data prezentaty) ubezpieczony wniósł zastrzeżenia do opinii biegłych sądowych z zakresu ortopedii oraz neurologii, zarzucając, iż dokonana przez biegłego ocena całokształtu jego zdrowia, jak i przydatności do pracy zawodowej jest oceną tendencyjną, błędną, uchylającą standardom sztuki medycznej.

Dowód: zastrzeżenia ubezpieczonego z 30.12.2013 r. k. 168.

W oparciu o powyższe ustalenia faktyczne, Sąd zważył co następuje:

Odwołanie jako bezzasadne, nie zasługiwało na uwzględnienie.

Zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tj. DZ. U. z 2010 r. Nr 77, poz. 512 ze zm.), zwanej dalej ustawą zasiłkową, zasiłek chorobowy przysługuje przez okres trwania niezdolności do pracy z powodu choroby lub niemożności wykonywania pracy z

przyczyn określonych w art. 6 ust. 2 - nie dłużej jednak niż przez 182 dni, a jeżeli niezdolność do pracy została spowodowana gruźlicą lub występuje w trakcie ciąży - nie dłużej niż przez 270 dni.

Zgodnie z art. 9 ust. 1 ustawy zasiłkowej, do okresu, o którym mowa w art. 8, zwanego dalej "okresem zasiłkowym", wlicza się wszystkie okresy nieprzerwanej niezdolności do pracy, jak również okresy niemożności wykonywania pracy z przyczyn określonych w art. 6 ust. 2.

Natomiast w myśl art. 9 ust. 2 ustawy zasiłkowej, 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 świetle powyższych regulacji prawnych nie powinno być wątpliwości, iż okres zasiłkowy należy liczyć na nowo w następujących sytuacjach:

- gdy niezdolność do pracy, która wystąpiła po przerwie (co najmniej jednodniowej) została wywołana inną chorobą, niż przerwany okres zasiłkowy (poprzedni okres niezdolności do pracy),
- gdy przerwa pomiędzy ustaniem poprzedniej a powstaniem ponownej niezdolności do pracy spowodowana tą samą chorobą przekroczy 60 dni.

Stwierdzenie okoliczności istotnych dla rozpoznania niniejszej sprawy wymagało wiadomości specjalnych i musiało znaleźć oparcie w dowodzie z opinii biegłego sądowego. Pełne wyjaśnienie spornych okoliczności wymagało bowiem wiadomości specjalnych, jakimi Sąd nie dysponował.

Biegli sądowi z zakresu neurologii oraz ortopedii w opinii z dnia 14 października 2013 r. rozpoznali u ubezpieczonego zwracające zapalenia górnych dróg oddechowych, kamienicę moczową, dyskopatię L5/S1 i zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa lędźwiowego, zespół bólowy kręgosłupa w dokumentacji i wywiadzie.

Biegły sądowy z zakresu neurologii rozpoznał u ubezpieczonego, chód sprawny, ruchy swobodne, nastroj wyrównany, kręgosłup o zachowanych krzywiznach fizjologicznych, próba palce-podłoga 10 cm., broda-mostek 0 cm., napięcie mięśni przykręgosłupowych symetryczne, prawidłowe. Głowa średniowymiarowa, opukowo niebolesna, nerwy czaszkowe unerwiają symetrycznie, prawidłowo. W kończynach górnych siła mięśniowa, czucie i odruchy zachowane, symetryczne. Odruchy brzuszne zachowane. W kończynach dolnych objawy rozciągowe ujemne, prawy odruch skokowy śladowo słabszy, poza tym siła mięśniowa, czucie i odruchy zachowane, symetryczne. Zborność dobra. Objawy piramidowe i próba Romberga ujemne.

Natomiast biegły sądowy z zakresu ortopedii wykazał, iż ubezpieczony ma budowę ogólną prawidłową, symetryczną, proporcjonalną. Kręgosłup o zachowanych krzywiznach fizjologicznych i dobrej ruchomości, próba palce-podłoga 10 cm., broda-mostek 0 cm, napięcie mięśni przykręgosłupowych symetryczne, prawidłowe. Głowa osadzona i ruchoma prawidłowo. Kończyny górne prawidłowo ukształtowane, symetryczne, bez zaników i deficytu siły mięśni, stawy kończyn górnych o prawidłowej ruchomości. Klatka piersiowa wysklepiona i ruchoma oddechowo prawidłowo. Brzuch w poziomie klatki piersiowej, miękki, niebolesny, bez oporów patologicznych. Kończyny dolne symetryczne co do długości i obwodów, bez zaników i deficytu siły mięśni, o prawidłowej ruchomości w stawach. Ukrwienie stóp zachowane. Chód prawidłowy, w pełni wydolny.

Z ustalonego stanu faktycznego oraz w oparciu o opinię biegłych sądowych z dnia 14 października 2013 r. wynika, iż ubezpieczony w okresie od 18 stycznia 2011 r. do 18 sierpnia 2011 r. przebywał na licznych zwolnieniach lekarskich z powodu różnego rodzaju schorzeń, które w żaden sposób nie były jednak spowodowane tą samą chorobą.

Początkowo powód przebywał nieprzerwanie na dwóch zwolnieniach lekarskim w okresie od 18 stycznia 2011 r. do 19 lutego 2011 r. Niezdolność do pracy w tym okresie była spowodowana dwoma różnymi schorzeniami, tj. zmianami zwyrodnieniowymi oraz kamienicą nerkową. Po czym w dniach od 20 lutego 2011 r. do 2 marca 2011 r., kiedy to

ubezpieczony miał wystawione zaświadczenie lekarskie z powodu opieki nad członkiem rodziny, doszło do przerwania okresu zasiłkowego.

W związku z czym, w celu zaliczenia ciągłości okresu zasiłkowego (od 18 stycznia 2011 r.) wymagane było, ażeby niezdolność do pracy po przerwie (od 20 lutego 2011 r. do 2 marca 2011 r.) spowodowana była tą samą chorobą w okresie nie przekraczającym 60 dni (a więc w okresie do 20 kwietnia 2011 r.), co jednak w przypadku powoda nie miało miejsca, gdyż w tym okresie powód wprawdzie przebywał na zwolnieniu lekarskim trzykrotnie, jednakże z powodu całkowicie innych schorzeń niż tych, na które chorował przed przerwaniem okresu zasiłkowego, co w sposób nie budzący wątpliwości wykazali biegli sądowi w opinii z dnia 14 października 2013 r.

Jak wynika z opinii biegłych sądowych z dnia 14 października 2013 r. niezdolność do pracy powstała od 2 marca 2011 r. do 15 marca 2011 r. spowodowana była ostrym zapaleniem nosa i gardła, natomiast niezdolność do pracy powstała od 16 marca 2011 r. do 25 marca 2011 r. spowodowana była nieropnym zapaleniem ucha środkowego. Nie były to zatem schorzenia spowodowane tą samą chorobą, jak przed przerwaniem okresu zasiłkowego, czego ubezpieczony chyba zdaje się wcale nie zauważać. Następnie w okresie od 26 marca 2011 r. do 3 kwietnia 2011 r. doszło do ponownego przerwania okresu zasiłkowego albowiem zaświadczenie lekarskie zostało wystawione w związku z opieką nad członkiem rodziny. Po czym w okresie od 4 – 14 kwietnia 2011 r. powód ponownie przebywał na zwolnieniu lekarskim tym razem z powodu choroby reumatycznej zastawek serca, a więc w związku ze schorzeniem spowodowanym również inną chorobą niż przed przerwaniem okresu zasiłkowego. Potem po raz kolejny doszło do ponownego przerwania okresu zasiłkowego, tj. od 15 -26 kwietnia 2011 r. Po czym przebywał na zwolnieniu lekarskim nieprzerwanie od 27 kwietnia 2011 r. z powodu różnego rodzaju schorzeń .

Nie możemy zatem mówić, iż w wymaganym przez art. 9 ust. 2 ustawy zasilonej okresie, miała miejsce ciągłość okresu zasiłkowego, która miałaby być liczona od 18 stycznia 2011 r.

Ponadto, jak wynika z opinii biegłych sądowych z dnia 14 października 2013 r. po wykorzystaniu ostatniego zwolnienia lekarskiego, powód nie był długotrwale niezdolny do pracy, a sam fakt leczenia się po dniu 19 sierpnia 2011 r. nie świadczy o długotrwałej niezdolności do pracy i w razie potrzeby w okresach zaostrzeń dolegliwości korzystał z zwolnień lekarskich. Jednocześnie należy wskazać, iż powód otrzymał skierowanie na rehabilitację z rozpoznaniem dyskopatii L5-S1 z zespołem bólowym dopiero na początku października 2011 r., a nie bezpośrednio w sierpniu 2011 r. kiedy to otrzymał ostatnie zaświadczenie lekarskie o niezdolności do pracy, wystawione przez urologa J. T. z powodu kamienicy nerkowej, a nie z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa.

Oceniając zebrany w sprawie materiał dowodowy, Sąd dał wiarę przedstawionym w sprawie dowodom z dokumentacji leczniczej oraz dokumentacji ZUS, jako że żadna ze stron w toku postępowania nie podważyła skutecznie ich autentyczności i wiarygodności.

Ponadto, Sąd uznał za wiarygodną, opinię sporządzoną w toku niniejszego postępowania przez biegłych sądowych. W ocenie Sądu, wydana w sprawie opinia biegłych sądowych jest rzetelna, oparta na dokumentacji zgromadzonej w aktach sprawy i badaniu ubezpieczonego i Sąd w pełni podzielił dokonane w niej ustalenia.

Zdaniem Sądu, brak jest podstaw do zanegowania takiego stanowiska biegłych. Tym bardziej, że wydana opinia zawiera pełne i jasne uzasadnienie, uwzględniające rozpoznane u ubezpieczonego schorzenia i stopień ich nasilenia po przeprowadzonym leczeniu. Biegli sądowi obowiązani są zaś orzekać zgodnie z wiedzą medyczną, posiadanymi kwalifikacjami i obowiązującymi przepisami. Zatem ich pole orzekania nie jest ograniczone żadnymi dodatkowymi kryteriami, poza obowiązującymi przepisami. Dlatego zdaniem Sądu, sporządzonym przez biegłych opiniom, nie można odmówić rzetelności i fachowości co do medycznej oceny stanu zdrowia ubezpieczonego, w odniesieniu do obowiązujących przepisów. Tym bardziej, że są to specjaliści z dużym doświadczeniem medycznym i stażem orzeczniczym. Wydający w sprawie opinię biegły sądowy jest lekarzem niezależnym od stron i nie ma żadnego powodu, aby orzekać na korzyść którejkolwiek ze stron. Zgodnie z art. 282 § 2 k.p.c. w związku z art. 283 § 2 k.p.c. biegły sądowy wydający opinię w niniejszej sprawie złożył przed objęciem funkcji przysięgę, którą jest związany. Sąd nie znalazł podstaw do zanegowania bezstronności biegłych, jak i ich rzetelności przy wydaniu opinii. 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.

Warto tutaj przytoczyć pogląd Sądu Najwyższego, który pomimo upływu czasu nie stracił na swojej aktualności. Mianowicie, Sąd Najwyższy w swoim wyroku z dnia 19 grudnia 1990 r. (I PR 148/90, OSP 1991/11/300) stwierdził, iż „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”.

Jednocześnie Sąd nie uwzględnił zastrzeżeń ubezpieczonego do opinii biegłych oraz oddalił jego wniosek o przeprowadzenie dowodu z opinii kolejnego biegłego sądowego. Samo niezadowolenie ubezpieczonego z wydanej opinii nie może być bowiem podstawą do powołania kolejnego biegłego. Przekonanie ubezpieczonego, iż jego niezdolność do pracy w całym okresie spornym była spowodowana, tą samą chorobą – zespołem bólowym kręgosłupa lędźwiowego, stanowi tylko niczym nie uzasadnioną i gołosłowną polemikę z rzeczowymi wyjaśnieniami biegłych, jak również z wiarygodnym materiałem dowodowym w postaci zaświadczeń lekarskich, które to zaświadczenia w żaden sposób nie zostały skutecznie zakwestionowane przez ubezpieczonego. W świetle dokonanych ustaleń za nielogiczne należy uznać zarzuty ubezpieczonego, jakoby przyczyną jego absencji chorobowej w całym okresie spornym był zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowego. Gdyby bowiem faktycznie tak było, to kolejne zaświadczenia lekarskie byłyby wystawiane z powodu tychże dolegliwości, a nie z innych przyczyn, np. ostre zapalenie nosa i gardła, grypa, biegunka itp. Skoro konkretne zaświadczenie lekarskie zostało wystawione z rozpoznaniem, np. grypy, to świadczy to o tym, iż powód zgłosił się do lekarza z powodu dolegliwości grypowych, a nie z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa, które w tym czasie najwidoczniej nie występowały. Niczym nie uzasadnione są również zarzuty podnoszone przez ubezpieczonego jakoby świadek J. B. wskazał, iż w okresie od 19 sierpnia 2011 r. do 19 sierpnia 2012 r. występował u ubezpieczonego stale zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowego. Z treści zeznań powyższego świadka w żaden sposób nie wynika podnoszona przez ubezpieczonego okoliczność. Świadek zeznał bowiem, iż ubezpieczony rozpoczął rehabilitację pod koniec 2011 r. zgłaszając się ze skierowaniem od lekarza i w tym przypadku miał doczynienie ze stanem przewlekłym, kiedy to ubezpieczony może normalnie funkcjonować i żyć, ale musi się liczyć, że okresowo będą powracać dolegliwości bólowe. Odnosząc się do zeznań świadka J. T. należy wskazać, iż leczenie urologiczne ubezpieczonego trwało około trzy miesiące, a pierwszy raz ubezpieczony zgłosił się w poradni w październiku 2010 r., po czym leczenie zostało zakończone. Choć świadek ten zeznał, iż mogły istnieć u ubezpieczonego 2 choroby: kręgosłup i kamienica, których objawy mogły być podobne, to jednak w przypadku np. grypy, czy biegunki nie można przyjąć, iż objawy tychże chorób mogły być podobne do chorób kręgosłupa, czy kamienicy. Również z zeznań świadka G. R. nie wynikają podnoszone przez ubezpieczonego okoliczności, iż fakt wypisywania na zwolnieniach lekarskich określonych jednostek chorobowych nie miał żadnego wpływu na zespół bólowy kręgosłupa.

Jednocześnie jak podkreślili biegli sądowi w opinii z dnia 14 października 2013 r. Obecny stan przedmiotowy (w chwili badania) nie daje żadnych przesłanek do uznania aktualnej niezdolności do pracy, ani też nie wykazuje istotnych objawów wskazujących na przebyty długotrwały zespół bólowo-korzeniowy kręgosłupa lędźwiowego, choć samo w sobie nie przeczy to jego wcześniejszemu istnieniu. Dlatego też biegli przy opracowywaniu opinii oparli się na dokumentacji medycznej, która jest stosunkowo uboga.

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.

To 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 tego też względu zastosowanie art. 286 k.p.c. pozostawione jest uznaniu sądu, co jednak w niniejszej sprawie – zważywszy na powyższe okoliczności – nie dało podstaw do jego zastosowania.

Jednocześnie przy ustalaniu stanu faktycznego Sąd nie uwzględnił dwóch wcześniejszych opinii biegłych sądowych z 06 lipca 2012 r. oraz 19 września 2012 r. Wprawdzie biegły Sądowy w opinii z dnia 6 lipca 2012 r. uznał, iż początek okresu zasiłkowego powinien być liczony od 18 stycznia 2012 r., jednakże opinia ta nie uwzględniała faktu, iż ubezpieczony choć fizycznie faktycznie w okresie od 18 stycznia 2012 r. do 18 sierpnia 2012r. przebywał na zwolnieniach lekarskich przez 182 dni, to jednak z powodu różnych chorób z mającymi w między czasie przerwami okresu zasiłkowego.

Natomiast odnosząc się do opinii biegłych sądowych z dnia 19 września 2012 r. nie mogła ona stanowić podstawy rozstrzygnięcia, albowiem została ona wydana w oparciu o niepełny materiał dowodowy, który został uzupełniony w toku późniejszych czynności procesowych, tj. dokumentacji medycznej ubezpieczonego oraz zeznań świadków.

Oceny zeznań świadków, Sąd dokona w kontekście całego zebranego w sprawie materiału dowodowego. W ocenie Sądu, zeznania te należało uznać za w pełni wiarygodne albowiem były jasne, spójne i logiczne.

Ponadto, Sąd oddalił wnioski dowodowe powoda o przesłuchanie kolejnych świadków, jak w piśmie z dnia 30 grudnia 2013 r., albowiem okoliczności na kroje miałyby zeznawać świadkowie nie miały żadnego istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy i w gruncie rzeczy powodowałyby niczym nieuzasadnione przedłużanie trwającego już i tak długo procesu.

Natomiast na marginesie należy tylko dodać, odnosząc się do podnoszonych przez ubezpieczonego w odwołaniu naruszeń prawa procesowego, iż zarzuty te były nieuzasadnione. Przede wszystkim należy wskazać, iż organ rentowy w żaden sposób nie kwestionował, iż odwołanie ubezpieczonego nie zostało złożone w terminie i kwestia ta nie miała i nie mogła mieć żadnego znaczenia dla właściwego merytorycznego rozstrzygnięcia sprawy, podobnie zresztą jak pozostałe, podnoszone przez ubezpieczonego zarzuty procesowe. Organ rentowy nie doręczył ubezpieczonemu orzeczenia lekarza orzecznika, albowiem orzeczenie takowe nie zostało wydane, gdyż ubezpieczony nie wyczerpał wymaganego okresu zasilonego, w związku z czym nie było w ogóle podstaw do wydania takowego orzeczenia. Natomiast odnośnie prawa do wniesienia wniosku do Prezesa Zakładu o ponowne rozpatrzenie sprawy należy zwrócić uwagę, iż dotyczy ono decyzji przyznającej świadczenie w drodze wyjątku oraz od decyzji odmawiającej przyznania takiego świadczenia, a także od decyzji w sprawach o umorzenie należności z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne, co w przypadku ubezpieczonego nie miało miejsca.

Mając powyższe na uwadze, Sąd w punkcie I sentencji wyroku, na mocy przepisu art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. oddalił odwołanie ubezpieczonego, nie znajdując podstaw do jego uwzględnienia.