

Sygn. akt: X U 490/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 lipca 2018 r.

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

Przewodniczący: SSR Anna Garncarz

Protokolant: Dominika Gorząd

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 10 lipca 2018 r. we W.

sprawy z odwołania **M. W.**

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w W.

z dnia 13 czerwca 2017 r. znak: (...)

w sprawie **M. W.**

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w W.

o zasiłek chorobowy

I. zmienia zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w W. i ustala, że do jednego okresu zasiłkowego wnioskodawczyni M. W. nie podlegają wliczeniu okresy niezdolności do pracy od 29-08-2016 do 26-02-2017, od 09-03-2017 do 02-06-2017, istnieje podstawa do ustalenia prawa do świadczeń za czas choroby dla wnioskodawczyni w ramach nowego okresu zasiłkowego od 09-03-2017, wnioskodawczyni zachowuje prawo do zasiłku chorobowego za okres orzeczonej niezdolności do pracy od 09-03-2017 do 02-06-2017;

II. orzeka, że koszty sądowe ponosi Skarb Państwa.

UZASADNIENIE

Ubezpieczona, M. W. wniosła odwołanie od decyzji organu rentowego - Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w W. z 13 czerwca 2017 r. znak (...) ustalającej, że

- do jednego okresu zasiłkowego podlegają wliczeniu okresy niezdolności do pracy od 29 sierpnia 2016 r. do 26 lutego 2017 r., od 9 marca 2017 r. do 2 czerwca 2017 r.,

- brak podstaw do ustalenia prawa do świadczeń za czas choroby w ramach nowego okresu zasiłkowego od 9 marca 2017 r.,

- ubezpieczona nie zachowuje prawa do zasiłku chorobowego za okres orzeczonej niezdolności do pracy od 9 marca 2017 r. do 2 czerwca 2017 r.

i domagała się jej zmiany poprzez ustalenie nowego okresu zasiłkowego i przyznanie jej spornego świadczenia.

Uzasadniając odwołanie, ubezpieczona zarzuciła, że od 29 sierpnia 2016 r. do 26 lutego 2017 r. przebywała na zwolnieniu lekarskim z powodu schorzeń kręgosłupa, zaostrzonych objawów bólowych w okolicy kręgosłupa

łędźwiowego wraz z jego mocno ograniczoną ruchomością i brakiem wyprostowania się. W dniu 21 lutego 2017 r. została wezwana na komisję lekarską ZUS, która sprawdzała zasadność czasowej niezdolności do pracy. W wyniku przeprowadzonego badania, zostało przyznane jej w ramach prewencji ZUS, leczenie uzdrowiskowe od 8-31 maja 2017 r. W dniu 26 lutego 2017 r. kończył się jej okres zasiłkowy i lekarz prowadzący wystawił jej zaświadczenie o zdolności do pracy. Miała wrócić do pracy. Jednak fakt długotrwałej nieobecności w pracy oraz wydarzenia życia rodzinnego sprawiły, że nastąpiło u niej nasilenie objawów lęku panicznego, pojawiły się zaburzenia w kierunku depresyjnym, obniżenie nastroju i koncentracji, powróciły zaburzenia snu. Dlatego 9 marca 2017 r. udała się na konsultację psychiatryczną. Wówczas lekarz stwierdził u niej zaburzenia adaptacyjne i depresyjno-lekowe uogólnione i wystawił jej zwolnienie lekarskie do 12 marca 2017 r. i skierował na terapię grupową. Na terapii przebywała od 13 marca 2017 r. do 24 kwietnia 2017 r. Następnie od 25 kwietnia 2017 r. do 7 maja 2017 r. przebywała na poszpitalnym zwolnieniu lekarskim, po czym od 25 kwietnia 2017 r. do 7 maja 2017 r. przebywała na zwolnieniu lekarskim z powodu przewlekłego zespołu bólowego kręgosłupa szyjnego i łędźwiowego. Jej niezdolność do pracy orzeczona w okresie od 9 marca 2017 r. do 2 lutego 2017 r. spowodowana była więc inną chorobą. Dlatego powinien zostać otwarty nowy okres zasiłkowy (k. 3-5).

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 ubezpieczona w czasie zatrudnienia w Poczcie Polskiej S.A. była niezdolna do pracy z powodu choroby między innymi w okresie od 29.08.2016 r. do 26.02.2017 r., od 09.03.2017 r. do 07.05.2017 r. i od 08.05.2017 r. do 02.06.2017 r.

Zgodnie z opinią Głównego Lekarza Orzecznika z dnia 05.05.2017 r., choroba będąca przyczyną niezdolności do pracy w okresie od 29.08.2016 r. do 26.02.2017 r. jest schorzeniem współistniejącym z chorobą powodującą niezdolność do pracy w okresie od 09.03.2017 r. do 07.05.2017 r. Niezdolność do pracy trwająca od 08.05.2017 r. do 02.06.2017 r. spowodowana została inną chorobą niż niezdolność do pracy do 07.05.2017 r. Z uwagi jednak na nieprzerwaną niezdolność do pracy orzeczoną w ciągłości od 09.03.2017 r. do 02.06.2017 r. okresy te podlegają zliczeniu do jednego okresu zasiłkowego.

Zatem prawidłowo ustalono 182 – dniowy okres zasiłkowy, który liczony od 29 sierpnia 2016 r. zakończył się 26 lutego 2017 r. (k. 14-15).

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny.

Ubezpieczona M. W. od 29 sierpnia 2016 od maja 2017 r. przebywał na zwolnieniach lekarskich w następujących okresach:

- od 29 sierpnia 2016 r. do 26 lutego 2017 r. kod choroby G54,
- od 27 lutego 2017 r. do 3 marca 2017 r. opieka,
- od 6 marca 2017 r. do 8 marca 2017 r. opieka,
- od 9 marca 2017 r. do 7 maja 2017 r. kod choroby F43,
- od 8 maja 2017 r. do 2 czerwca 2017 r. kod choroby M51.

W dniu 21 lutego 2017 r. ubezpieczona była kontrolowana przez lekarza orzecznika ZUS, który stwierdził zasadność wystawionego zwolnienia i wydał zgodę na pobyt w sanatorium w ramach prewencji ZUS.

Lekarz orzecznik ZUS w opinii z 5 maja 2017 r. stwierdził, że schorzenia o numerze F41/F43 oraz G54 są jednostkami współistniejącymi u ubezpieczonej.

Ubezpieczona cierpi na schorzenia w postaci zwyrodnieniowo-dyskopatycznych schorzeń kręgosłupa, zespołu bólowego kręgosłupa, niedoczynność tarczycy, zaburzenia nerwicowo-depresyjne.

Dowód:

- Okoliczności bezsporne, a nadto dokumenty w aktach sprawy oraz w aktach ZUS.

- Opinie biegłych sądowych – karta 28-30, 63, 77-v. 77.

Niezdolność do pracy w okresie:

- od 29 sierpnia 2016 r. do 26 lutego 2017 r. była spowodowana jednostką chorobową G54 – zaburzenia korzeni rdzeniowych,

- od 9 marca 2017 r. do 7 maja 2017 r. była spowodowana jednostką chorobową F43 – reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne,

- od 8 maja 2017 r. do 2 czerwca 2017 r. była spowodowana jednostką chorobową M51 – wypukliną krążków międzykręgowych odcinak lędźwiowego.

Zwolnienia lekarskie wydane w okresie od 2 czerwca 2017 r. i od 8 maja 2017 r. do 2 czerwca 2017 r. były wydawane z powodu tego samego schorzenia. Natomiast zwolnienia lekarskie w okresie 9 marca 2017 r. do 7 maja 2017 r. były wydawane z powodu innego schorzenia.

Ubezpieczonej udzielano zwolnienia lekarskiego w dniach pomiędzy 29 sierpnia 2017 r. a 26 lutego 2017 r. w przebiegu schorzenia kręgosłupa. Niezdolność ta ustała 26 lutego 2017 r. W dniu 23 lutego 2017 r. lekarza leczący ubezpieczoną wydał zaświadczenie dla potrzeb medycyny pracy (k. 11), że w dniu 26 lutego 2017 r. zakończono leczenie i brak jest neurologicznych przeciwwskazań do powrotu do pracy na dotychczasowym stanowisku pracy. Następnie od 27 lutego 2017 r. ubezpieczonej udzielono zwolnienia lekarskiego celem sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny. Jednak zarówno po okresie zwolnienia trwającego do 26 lutego 2017 r., jak i po zakończeniu okresu sprawowania opieki, ubezpieczona nie powróciła do pracy, albowiem w dniu 9 marca 2017 r. orzeczono kolejne zwolnienie lekarskie w przebiegu zaburzeń nerwicowych. Zwolnienie wydawane z tych przyczyn trwało dokładnie 60 dni. W sumie przerwa w wydawaniu zwolnienia lekarskiego z powodu schorzenia kręgosłupa trwała 70 dni, czyli okres wystarczający do otwarcia nowego okresu zasiłkowego z tej samej przyczyny. Pomędzy zakończeniem zwolnienia z powodu schorzenia o symbolu G54 a F43 nie udzielano zwolnienia lekarskiego z powodu stanu zdrowia badanej była przerwa dłuższa niż 60 dni. Przyczyną wydawania zwolnienia lekarskiego pomiędzy tymi okresami była opieka nad chorym członkiem rodziny. Lekarz leczący ubezpieczoną jednoznacznie napisał dla potrzeb medycyny pracy, że w dniu 26 lutego 2017 r. zakończył leczenie neurologiczne i ubezpieczona mogła wrócić do pracy na dotychczasowe stanowisko. Tak więc został spełniony warunek medyczny do rozpoczęcia nowego zasiłku chorobowego z przyczyny psychiatrycznej (F43) czyli jednostki chorobowej nie mającej żadnego związku ze schorzeniem kręgosłupa lędźwiowego.

Po 9 marca 2017 r. ubezpieczonej przysługiwało prawo do otwarcia nowego okresu zasiłkowego.

Dowód:

- Opinie biegłych sądowych – karta 28-30, 63, 77-v. 77.

Sąd Rejonowy zważył co następuje.

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie.

Zgodnie z art. 8 ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz. U z 2017 r., poz. 1368 ze zm., zw. dalej ustawą) 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.

Przy czym w myśl art. 9 ust. 1 ustawy, 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, 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, że 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.

Sformułowanie „ta sama choroba” użyte w art. 9 ust. 2 ustawy, zostało wyjaśnione przez Sąd Najwyższy w wyroku z 6 listopada 2008 r. (II UK 86/09, LexPolonica nr 2226992, OSNP 2010, nr 9-10, poz. 124). Pojęcia tego nie należy odnosić 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 do opisu stanu klinicznego konkretnego układu lub narządu, który - choć daje różne objawy, podpadające pod różne numery statystyczne - stanowi tę samą chorobę, skoro dotyczy tego samego narządu lub układu.

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

Jak wykazał dwa zespoły biegłych sądowych, od 9 marca 2017 r. należało otworzyć nowy okres zasiłkowy. W uzasadnieniu opinii biegli jednoznacznie wskazali, że: „... ubezpieczonej udzielano zwolnienia lekarskiego dniach pomiędzy 29 sierpnia 2017 r. a 26 lutego 2017 r. w przebiegu schorzenia kręgosłupa. Niezdolność ta ustała 26 lutego 2017 r. W dniu 23 lutego 2017 r. lekarza leczący ubezpieczoną wydał zaświadczenie dla potrzeb medycyny pracy (k. 11), że w dniu 26 lutego 2017 r. zakończono leczenie i brak jest neurologicznych przeciwwskazań do powrotu do pracy na dotychczasowym stanowisku pracy. Następnie od 27 lutego 2017 r. ubezpieczonej udzielono zwolnienia lekarskiego celem sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny. Jednak zarówno po okresie zwolnienia trwającego do 26 lutego 2017 r., jak i po zakończeniu okresu sprawowania opieki, ubezpieczona nie powróciła do pracy, albowiem w dniu 9 marca 2017 r. orzeczono kolejne zwolnienie lekarskie w przebiegu zaburzeń nerwicowych. Zwolnienie wydawane z tych przyczyn trwało dokładnie 60 dni. W sumie przerwa w wydawaniu zwolnienia lekarskiego z powodu schorzenia kręgosłupa trwała 70 dni (od 27 lutego 2017 r. do 7 maja 2017 r. – Sąd skorygował w tym zakresie opinię biegłych którzy wskazali na 74 dni, nie miało to jednak żadnego wpływu na rozstrzygnięcie sprawy), czyli okres wystarczający do otwarcia nowego okresu zasiłkowego z tej samej przyczyny. Warunkiem koniecznym do otwarcia nowego okresu zasiłkowego jest też to, że kolejna niezdolność do pracy, jeśli powstaje z innej niż poprzednie zwolnienie lekarskie jest poprzedzona odzyskaniem zdolności do pracy, choćby na jeden dzień. W przypadku powódki z medycznego punktu widzenia warunek ten jest spełniony, bowiem pomiędzy zakończeniem zwolnienia z powodu schorzenia o symbolu G54 a F43 nie udzielano zwolnienia lekarskiego z powodu stanu zdrowia badanej. Przyczyną wydawania zwolnienia lekarskiego pomiędzy tymi okresami była opieka nad chorym członkiem rodziny. Oczywistym faktem jest rozpoznawanie u ubezpieczonej wielu schorzeń, z powodu których wymagała ona leczenia. Istotne jest jednak, że leczący ją lekarz jednoznacznie napisał dla potrzeb medycyny pracy, że w dniu 26 lutego 2017 r. zakończył leczenie

neurologiczne i ubezpieczona mogła wrócić do pracy na dotychczasowe stanowisko. Tak więc został spełniony warunek medyczny do rozpoczęcia nowego zasiłku chorobowego z przyczyny psychiatrycznej (F43) czyli jednostki chorobowej nie mającej żadnego związku ze schorzeniem kręgosłupa lędźwiowego.”

Stan faktyczny w sprawie był częściowo bezsporny, nie kwestionowany przez żadną ze stron, dlatego w tym zakresie Sąd oparł swoje ustalenia na dowodach z dokumentów znajdujących się w aktach sprawy oraz aktach organu rentowego. Natomiast okoliczności sporne zostały ustalone w oparciu o opinię biegłych sądowych, które Sąd uznał za wiarygodne, gdyż były rzetelne, jasno uzasadnione, logiczne, konsekwentne i wyczerpujące, a nadto prawidłowo oparte na dokumentacji zgromadzonej w aktach sprawy oraz bezpośrednim badaniu ubezpieczonej. Dlatego Sąd w pełni podzielił dokonane w nich ustalenia, uznając że nie ma podstaw do zanegowania prezentowanego przez biegłych 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 tylko organ rentowy składał zastrzeżenia do opinii biegłych. Biegli wywiedli jednak jasne i spójne wnioski, które zostały sformułowane w sposób zdecydowany i jednoznaczny. Poza tym należy zwrócić uwagę na to, że Sąd biorąc pod uwagę zastrzeżenia organu rentowego powołał dowód z opinii innych biegłych sądowych, do której organ rentowy nie wniósł już żadnych zastrzeżeń, pomimo, że opinia ta potwierdzała stanowisko wyrażone we wcześniejszych opiniach przez innych biegłych sądowych. 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.

Dodatkowo należy podkreślić, że strona pozwana nie kwestionowała opinii biegłych sądowych z dnia 21 maja 2018 r. (pismo strony pozwanej z dnia 26 czerwca 2018 r. k. 87).

Biorąc pod uwagę, dokonane powyżej ustalenia i przeprowadzone rozważania, Sąd na mocy przepisu art. 477¹⁴ § 2 k.p.c., w pkt I sentencji wyroku, zmienił zaskarżoną decyzję organu rentowego w ten sposób, że ustalił, że do jednego okresu zasiłkowego ubezpieczonej nie podlegają wliczeniu okresy niezdolności do pracy od 29 sierpnia 2016 r. do 26 lutego 2017 r., od 9 marca 2017 r. do 2 czerwca 2017 r., istnieje podstawa do ustalenia prawa do świadczeń za czas choroby w ramach nowego okresu zasiłkowego od liczonego od 9 marca 2017 r., ubezpieczona zachowuje prawo do zasiłku chorobowego za okres orzeczonej niezdolności do pracy od 9 marca 2017 r. do 2 czerwca 2017 r.

Orzeczenie o kosztach, jak w pkt II 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. Wydatki tymi było wynagrodzenie biegłych.