

**Sygn. akt VII U 1267/16**

## WYROK

### W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 września 2017 r.

Sąd Rejonowy w Bydgoszczy VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSR Marcin Winczewski

Protokolant: sekr. sądowy Artur Kluskiewicz

po rozpoznaniu w dniu 19 września 2017 r. w Bydgoszczy

sprawy A. B.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w B.

z udziałem zainteresowanej "(...) sp. z o.o. w B.

o zasiłek chorobowy

na skutek odwołania A. B.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w B.

z dnia 16 listopada 2016 r., nr (...)

**oddala odwołanie.**

SSR Marcin Winczewski

Sygn. akt VII U 1267/16

## UZASADNIENIE

Decyzją nr (...) z dnia 16 listopada 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B., na podstawie art. 8 i 9 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa odmówił A. B. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 19 października do 18 listopada 2016 r. W uzasadnieniu wskazano, że wykorzystała ona pełny okres zasiłkowy wynoszący 182 dni. Pracodawca „(...)” sp. z o.o. wypłaciła jej wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy od 17 do 27 lutego 2017 r., a następnie pozwany organ wypłacił zasiłek chorobowy za okres od 28 lutego do 16 sierpnia 2016 r. Łącznie niezdolność do pracy wyniosła nieprzerwanie 182 dni. Schorzenia chorobowe trwające w okresach od 17 lutego do 16 sierpnia 2016 r. i od 12 września 2016 r., a następnie także od 19 października 2016 r. spowodowane zostały tą samą chorobą, po okresie krótszym niż 60 dni.

Odwołanie od powyższej decyzji wniosła A. B., domagając się przyznania prawa do zasiłku chorobowego. W uzasadnieniu swego stanowiska wskazała, że po wyczerpaniu okresu zasiłkowego złożyła wniosek o rentę, ale lekarz orzecznik stwierdził, że jest zdrowa. Nie zaproponowano jej też świadczenia rehabilitacyjnego, umożliwiającego dalsze leczenie. Wróciła więc do pracy, dostając warunkową zgodę na jej świadczenie, jednak dalszy postęp choroby nie pozwala na normalne jej wykonywanie.

W odpowiedzi na odwołanie organ wniósł o jego oddalenie, podtrzymując argumentację zawartą w zaskarżonej decyzji.

Postanowieniem z dnia 28 grudnia 2016 r. (k. 6) zawiadomiono o toczącym się postępowaniu (...)sp. z o.o. w B., która nie zajęła jednakże jakiegokolwiek stanowiska w sprawie.

### **Sąd ustalił, co następuje:**

A. B. jest zatrudniona w „(...)” sp. z o.o. w B., na stanowisku pracownika administracyjno-magazynowego. Zachorowała w dniu 3 lutego 2016 r. z przyczyn kardiologicznych, które trwały do dnia 5 lutego 2016 r. (okres ten nie ma znaczenia dla sprawy). Następnie, od dnia 17 lutego 2016 r. była bez przerwy niezdolna do pracy do dnia 18 sierpnia 2016 r. Za okres od 17 do 27 lutego 2016 r. pracodawca wypłacił jej wynagrodzenie za czas choroby, a w okresie od 28 lutego do 16 sierpnia 2016 r. pozwany organ wypłacał jej zasiłek chorobowy. Właśnie z dniem 16 sierpnia 2016 r. ubezpieczona wykorzystała pełny 182-dniowy okres zasiłkowy, choć niezdolna do pracy była wówczas aż do 18 sierpnia 2016 r. W tych okresach ubezpieczonej wystawiano zaświadczenia lekarskie o niezdolności do pracy, z określeniem według Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) co do zasady symbolem G54 (zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych), a jedynie w okresie od 15 lipca do 4 sierpnia 2016 r. był to symbol M47 (zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa), po czym znowu powrócono do symbolu G54.

Badanie MRI kręgosłupa L-S z dnia 18 kwietnia 2016 r. wykazało zmiany zwyrodnieniowe oraz poziome wypukliny krążków międzykręgowych z cechami modelowania worka oponowego, zachyłków bocznych i korzeni nerwowych.

Kolejne zaświadczenie lekarskie o niezdolności do pracy na okres od 12 września do 11 października 2016 r. A. B. otrzymała z określeniem według Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) ponownie symbolem G54 (zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych). Z kolei za okres od 19 października do 18 listopada 2016 r. niezdolność do pracy ubezpieczonej określono symbolem G57 (uszkodzenie nerwu kulszowego). W tym okresie bóle kręgosłupa były tak silne, że nie była w stanie się ruszać, a mąż musiał zawieźć ją do lekarza, gdzie przepisano serię pięciu zastrzyków.

Wszystkie powyższe okresy niezdolności do pracy, w tym zwłaszcza po dniu 5 sierpnia 2016 r., były skutkiem tej samej choroby kręgosłupa (zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa L-S, z nawracającym zespołem bólowym), miały więc tę samą przyczynę, dotycząc tego samego narządu ciała i układu wchodzącego w skład organizmu ubezpieczonej. Wykorzystała ona pełny, nieprzerwany okres zasiłkowy 182 dni – z dniem 16 sierpnia 2016 r., mając stałe problemy z bólami kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym. Także lekarz leczący stwierdził, iż leczy się ona z powodu tej samej choroby, a niezdolności do pracy w poszczególnych okresach pozostają w związku.

Po wykorzystaniu pełnego okresu zasiłkowego A. B. starała się o przyznanie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, której Zakład Ubezpieczeń Społecznych jej odmówił. Nie odwołała się jednak do sądu, nie wносиła także o przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

(dowód: dokumentacja medyczna – k. 20-21, 27 oraz akta ZUS; zestawienie zaświadczeń lekarskich o niezdolności do pracy ubezpieczonej – k. 11; zaświadczenie lekarskie lekarza leczącego z dnia 8 listopada 2016 r. – k. 2 akt ZUS; opinia biegłego sądowego neurologa T. J. z dnia 17 czerwca 2017 r. wraz z wywiadem i badaniem przedmiotowym – k. 25-26; przesłuchanie ubezpieczonej – k. 17-18)

### **Sąd zważył, co następuje:**

Powyższy stan faktyczny Sąd Rejonowy ustalił na podstawie dokumentów znajdujących się w aktach sprawy i aktach ZUS, których prawdziwości i wiarygodności strony nie kwestionowały w toku procesu, a także na podstawie opinii biegłego sądowego neurologa T. J. wraz z wywiadem i badaniem przedmiotowym. Należy przy tym wskazać, że już z dokumentacji medycznej przedstawionej przez ubezpieczoną (zwłaszcza k. 2 akt ZUS) wynika jednoznacznie i wprost, iż zaświadczenia lekarskie o niezdolności do pracy wystawiane jej we wszystkich spornych okresach dotyczą

tej samej choroby kręgosłupa. Istotne, co przyznała sama A. B. w toku swego przesłuchania, że po wyczerpaniu 182-dniowego okresu zasiłkowego, była dalej niezdolna do pracy w związku z tym samym schorzeniem. Trudno w tej sytuacji zrozumieć, zwłaszcza w kontekście reprezentowania jej przez profesjonalnego pełnomocnika, argumenty odwołania. Skoro bowiem nie kwestionowała tożsamości chorób, to oczywistym winno pozostawać, że pozwany organ nie miał prawnej możliwości przyznania jej prawa do dalszego zasiłku chorobowego, a ewentualnie mogłaby wystąpić o świadczenie rehabilitacyjne. Nawet jednakże po pouczeniu o zasadach przyznawania zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego (k. 16), odwołanie w sprawie zostało podtrzymane.

Należy zaznaczyć, iż jak słusznie podkreśla się w najnowszym orzecznictwie, sąd ubezpieczeń społecznych nie ma obowiązku prowadzenia postępowania dowodowego z urzędu, a odrębny charakter postępowania nie wyłącza zasady kontrydiktoryjności w tych sprawach, w tym ciężaru dowodzenia swych twierdzeń przez ubezpieczonego i pozwanego organ (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 8 stycznia 2008 r., I UK 193/07, Lex nr 447681; z dnia 8 lipca 2008 r., II UK 344/07, Lex nr 497701; z dnia 11 lutego 2011 r., II UK 269/10, Lex nr 794791 i z dnia 9 sierpnia 2011 r., I UK 52/11, Lex nr 1084706; czy wyrok SA w Gdańsku z dnia 16 stycznia 2017 r., III AUa 1377/16, nie publ.).

Dowód z opinii biegłych, jak podkreśla się w orzecznictwie, podlega ocenie Sądu 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 wyrażonych w niej wniosków (zob. uzasadnienie postanowienia SN z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 2001/4/64; uzasadnienie wyroku SN z dnia 15 listopada 2002 r., V CKN 1354/00, Lex nr 77046). Biorąc pod uwagę przedstawione kryteria należy stwierdzić, że przeprowadzony dowód z opinii biegłego sądowego neurologa T. J., jest w pełni przydatny dla ustalenia stanu faktycznego sprawy. Biegły wydał swą opinię po gruntownej analizie akt sprawy, uwzględniając całą dostępną dokumentację lekarską. Wnioski opinii omówiono szeroko, sformułowane zostały one w sposób jasny i precyzyjny, a końcowe stanowisko zostało szczegółowo, przekonująco i logicznie uzasadnione. Przedstawione konkluzje są kategoryczne, a ich uzasadnienie przedstawione zostało w sposób przystępny i zrozumiały. Biegły jest doświadczonym specjalistą z dziedzin medycyny, które odpowiadały schorzeniom ubezpieczonej, a poziom jego wiedzy i sposób umotywowania orzeczenia powoduje, iż Sąd uznaje przeprowadzoną w sprawie opinię za w pełni trafną, tym bardziej, że nie była ona kwestionowana przez żadną ze stron, pomimo właściwego zobowiązania w tym zakresie pełnomocników obu stron, pod rygorem pominięcia spóźnionych twierdzeń. Bez znaczenia dla sprawy muszą przy tym i tak pozostawać zarzuty niedotyczące konieczności wyjaśnienia kwestii medycznych, co do których biegli zajęli już przekonujące stanowisko (por. wyrok SN z dnia 8 maja 2008 r., I UK 356/07, OSNP 2009/17-18/238).

Należy także podnieść, iż stosownie do 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. Tak w piśmiennictwie jak i w judykaturze wskazuje się, że nie ma dowolności w powoływaniu kolejnych biegłych, a u podstaw takiej decyzji leżeć powinny racjonalne argumenty takie np. jak niejasność, niepełność czy sprzeczności występujące w opiniach (por. np. T. Ereciński [w:] Komentarz do Kodeksu postępowania cywilnego, tom I, Warszawa 2002, str. 567-568; czy wyroki SN z dnia 24 czerwca 2008 r., I UK 373/07, Lex nr 496398; z dnia 1 września 2009 r., I PK 83/09, Lex nr 550988; z dnia 16 września 2009 r., I UK 102/09, Lex nr 537027). Należy przyjąć, że wykazywanie okoliczności uzasadniających powołanie opinii uzupełniającej, czy kolejnego biegłego pozostaje w gestii strony. To właśnie strona winna wykazać się niezbędną aktywnością i wykazać błędy, sprzeczności lub inne wady w opiniach biegłych, które dyskwalifikują istniejące opinie, ewentualnie uzasadniają powołanie opinii dodatkowych. Takich okoliczności strony w toku postępowania nie przedstawiły.

Na marginesie dotychczasowych rozważań, Sąd wskazuje, że jak to zostało wyjaśnione w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 1974 r. (II CR 817/73; Lex nr 7404), do dowodu z opinii biegłego nie mogą mieć zastosowania wszystkie zasady prowadzenia dowodów, a w szczególności art. 217 § 1 k.p.c. Jeżeli więc Sąd uzyskał od biegłych wiadomości specjalne niezbędne do merytorycznego i prawidłowego orzekania, to nie ma potrzeby żądania ponowienia lub uzupełnienia tego dowodu (por. wyroki SN z dnia 10 września 1999 r., II UKN 96/99, OSNAPiUS 2000/23/869; z dnia 6 marca 1997 r., II UKN 23/97, OSNAPiUS 1997/23/476; z dnia 21 maja 1997 r., II UKN 131/97, OSNAPiUS 1998/3/100; z dnia 18 września 1997 r., II UKN 260/97, OSNAPiUS 1998/13/408). Specyfika dowodu z opinii biegłego

polega m.in. na tym, że jeżeli taki dowód już został przez sąd dopuszczony, to stosownie do treści art. 286 k.p.c. opinii kolejnego biegłego można żądać jedynie "w razie potrzeby". Potrzeba taka nie może być jedynie wynikiem niezadowolenia strony z niekorzystnego dla niej wydzwiku konkluzji opinii. W innym wypadku bowiem sąd byłby zobligowany do uwzględniania kolejnych wniosków strony dopóty, dopóki nie złożona zostałaby opinia w pełni ją zadowolająca, co jest niedopuszczalne (tak SA w Gdańsku w wyroku z dnia 10 października 2013 r., III AUa 181/13, Lex nr 1403668 i SA w Katowicach w wyroku z dnia 23 kwietnia 2014 r., I ACa 71/14, Lex nr 1466798; por. także: wyroki SN z dnia 10 stycznia 2002 r., II CKN 639/99, Lex nr 53135.; z dnia 17 grudnia 1999 r., II UKN 273/99, OSNP 2001/8/284 i z dnia 18 października 2001 r., IV CKN 478/00, Lex nr 52795). W niniejszej sprawie strony nie wniosły jakichkolwiek zastrzeżeń do opinii biegłego sądowego neurologa, który jednoznacznie wskazał, że w okresach od 5 do 18 sierpnia 2016 r., od 12 września do 12 października 2016 r i od 19 października do 18 listopada 2016 r. przyczyną niezdolności ubezpieczonej do pracy była ta sama choroba, którą należy rozumieć, jako schorzenia dotyczące tego samego układu wchodzącego w skład organizmu człowieka.

Stosownie do art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (j.t.: Dz. U. z 2016 r., poz. 372 ze zm.), zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego. Art. 8 ustawy stanowi natomiast, że 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 spowodowana została gruźlicą – nie dłużej niż przez 270 dni. W myśl z kolei art. 9 ust. 1-2 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; 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. Jak trafnie przy tym zauważył Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 2 września 2009 r. (II UZP 7/09, OSNP 2010/7-8/93) „Ustanie "poprzedniej niezdolności do pracy" (art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego zgłoszonego w razie choroby i macierzyństwa, jednolity tekst: Dz.U. z 2005 r. Nr 31, poz. 267 ze zm.) oznacza ustanie niezdolności do pracy, w znaczeniu medycznym.” Przez określenie "nieprzerwana niezdolność do pracy" należy rozumieć jeden okres niezdolności do pracy, spowodowany tą samą chorobą lub różnymi chorobami, jeżeli nie występuje między nimi przerwa. Innymi słowy pracownik jest niezdolny do pracy "bez przerwy" i nie odzyskuje tej zdolności, nawet na jeden dzień. Natomiast jeśli między poszczególnymi okresami niezdolności do pracy, spowodowanymi różnymi chorobami, wystąpi choćby jeden dzień przerwy, w którym ubezpieczony był zdolny do pracy, okres zasiłkowy liczy się od nowa. Podobnie okres zasiłkowy liczy się od nowa, jeżeli między poszczególnymi okresami niezdolności do pracy, spowodowanymi tymi samymi chorobami, wystąpi przerwa przekraczająca 60 dni. W niniejszej sprawie nie było kwestią sporną pomiędzy stronami, iż u ubezpieczonej wystąpiły przerwy w niezdolności do pracy, czego pozwany organ nie kwestionował w toku postępowania, w okresach od 19 sierpnia do 11 września 2016 r. i od 13 do 18 października 2016 r. Rozstrzygnięcia wymagało natomiast, czy można było u niej rozpocząć liczenie nowego okresu zasiłkowego. Na to pytanie należało udzielić odpowiedzi negatywnej, dzielając w tym zakresie w pełni opinię biegłego sądowego wydaną w sprawie. Wynika z niej bowiem jednoznacznie, iż niezdolność do pracy w sensie medycznym trwała u ubezpieczonej w okresach od 5 do 18 sierpnia 2016 r., od 12 września do 12 października 2016 r i od 19 października do 18 listopada 2016 r. z uwagi na tę samą chorobę. Trafnie podkreśla się przy tym w orzecznictwie Sądu Najwyższego (zob. wyrok z dnia 6 listopada 2008 r., II UK 86/08, Lex nr 566009 i postanowienie z dnia 26 stycznia 2012 r., I BU 14/11, Lex nr 125397), iż przepis art. 9 ust. 2 ustawy nie nasuwa żadnych wątpliwości interpretacyjnych i stanowi, że do jednego okresu zasiłkowego należy zliczać wszystkie następujące po sobie nieprzerwanie okresy niezdolności do pracy, choćby były spowodowane różnymi chorobami, oraz okresy poprzedniej niezdolności do pracy, spowodowanej tą samą chorobą, jeżeli przerwa między ustaniem poprzedniej a powstaniem ponownej niezdolności do pracy spowodowanej tą samą chorobą nie przekraczała 60 dni. Sumowanie następujących po sobie w krótkich odstępach czasu okresów niezdolności do pracy z powodu tej samej choroby służy do oddzielenia stanów przemijających od ustabilizowanych, jeżeli bowiem ten sam proces chorobowy czyni pracownika wielokrotnie niezdolnym do pracy w dość krótkich odstępach czasu, to uzasadnione jest przypuszczenie, że wpływ stanu zdrowia na zdolność do pracy nie ma charakteru czasowego (przemijającego).

Rozpoczęcie biegu okresu zasiłkowego z każdą taką niezdolnością od nowa pozwalałoby na przebywanie na zasiłku bez końca, mimo że w rzeczywistości stan zdrowia kwalifikowałby pracownika do renty z tytułu niezdolności do pracy. Istotny jest tu jedynie czas trwania przerwy, która – jeżeli jest względnie długa – może wskazywać na zakończenie się procesu chorobowego, a nowa niezdolność do pracy z powodu tej samej choroby jest już traktowana jako efekt nowego procesu chorobowego. Nowy okres zasiłkowy otwiera się, gdy przerwa w niezdolności do pracy spowodowanej tą samą chorobą była dłuższa od 60 dni. Odnoszenie pojęcia "ta sama choroba" do tych samych numerów statystycznych, zgodnych z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, jest mylące, gdyż nie chodzi o identyczne objawy odpowiadające tym numerom statystycznym, lecz o opis stanu klinicznego konkretnego układu lub narządu, który – choć daje różne objawy, podpadające pod różne numery statystyczne – wciąż stanowi tę samą chorobę, skoro dotyczy tego samego narządu lub układu. Nawet więc w sytuacji określenia niezdolności do pracy różnymi symbolami, niewykluczone jest stwierdzenie tej samej choroby u ubezpieczonego w rozumieniu przepisu ustawy. Nie może natomiast budzić wątpliwości, iż „ta sama choroba” wskazana w powołanej normie prawnej występuje w momencie, kiedy dalsze okresy niezdolności do pracy określane są przez lekarza leczącego identycznymi symbolami chorobowymi, jak to miało co do zasady miejsce w sprawie. Rzeczony art. 9 ust. 2 ustawy zasiłkowej abstrahuje wszak od etiologii chorób wliczanych do okresu zasiłkowego. Zgodnie z gramatyczną wykładnią tego przepisu nie jest więc istotne, czy tę samą chorobę, rozumianą jako opis stanu klinicznego konkretnego układu lub narządu, powodował ten sam czy inny "czynnik zewnętrzny", lecz aby tak rozumiana "ta sama choroba" powodowała powstanie ponownej niezdolności do pracy w okresie nieprzekraczającym 60 dni (tak SN w postanowieniu z dnia 19 maja 2015 r., I UK 408/14, Lex nr 1814906).

Mając na uwadze, że zwrot "ta sama choroba" z art. 9 ust. 2 ustawy zasiłkowej powiązany został z wcześniejszą i następczą niezdolnością do pracy, słuszne jest twierdzenie, że identyczność schorzenia należy skojarzyć z dysfunkcją organizmu, której natężenie wpływa na wystąpienie i czasowe zaniknięcie niezdolności do pracy. Znaczy to tyle, że przesłanka z art. 9 ust. 2 ustawy wystąpi w razie stwierdzenia występowania schorzenia w okresie wcześniejszej niezdolności do pracy i w okresie jej odzyskania. W tym ostatnim wypadku stan chorobowy, wprawdzie obecny w organizmie, nie będzie uniemożliwiał zarobkowania, zintensyfikuje się jednak następczo, doprowadzając do ponownej niezdolności do pracy. Przedstawiony punkt widzenia koresponduje z mechanizmem ograniczania prawa do zasiłku chorobowego. Powtarzające się w krótkim czasie (do 60 dni) symptomy, znajdujące źródło w tym samym procesie chorobotwórczym, uniemożliwiające pracę zarobkową, według prawodawcy nie dają podstaw do objęcia ochroną ubezpieczeniową (tak SN w wyroku z dnia 5 maja 2016 r., II BU 4/15, Lex nr 2052405).

Podzielając w pełni tę argumentację należy wskazać, że wystarczającym dla odmowy przyznania ubezpieczonej prawa do zasiłku chorobowego za okres od 19 października do 18 listopada 2016 r. było stwierdzenie, że schorzenie, z powodu którego była wówczas niezdolna do pracy występowało u niej już wcześniej, właśnie nieprzerwanie w okresie od 17 lutego do 18 sierpnia 2016 r., a następnie także od 12 września do 11 października 2016 r. Przerwy pomiędzy tymi okresami nie przekroczyły bowiem 60 dni. Bez znaczenia w tym kontekście pozostawać muszą same symbole chorób, co wyjaśniono już powyżej, jednak i tu należy zwrócić uwagę, że zwolnienia lekarskie w okresach od 5 do 18 sierpnia 2016 r. i od 12 września do 11 października 2016 r. wskazywały ten sam symbol G54, a kolejne zaświadczenie symbol bardzo zbliżony G57.

Na koniec należy zwrócić uwagę, że istotnym dla liczenia 60-dniowej przerwy określonej w art. 9 ust. 2 ustawy zasiłkowej jest wyłącznie wskazana tam „ponowna niezdolność do pracy”, rozumiana w sensie medycznym. Bez znaczenia więc pozostaje, iż ubezpieczona otrzymała zasiłek chorobowy wyłącznie do dnia 16 sierpnia 2016 r., skoro jej niezdolność do pracy trwała właśnie aż do dnia 18 sierpnia 2016 r. i została wykazana niekwestionowanymi zaświadczeniami lekarskimi o niezdolności do pracy, także z uwagi na bóle kręgosłupa. W celu określenia daty, od której należy liczyć długość 60-dniowej przerwy konieczne jest bowiem odwołanie się do treści przepisu art. 9 ust. 2 ustawy zasiłkowej, w którym ustawodawca odróżnia „okres zasiłkowy” i „okres niezdolności do pracy”. Zgodnie zaś z obowiązującymi zasadami wykładni w każdym przypadku pierwszeństwo ma wykładnia językowa (tak trafnie SN w uchwale z dnia 2 września 2009 r., II UZP 7/09, OSNP 2010/7-8/93).

Z uwagi na powyższe, Sąd na podstawie art. 477<sup>14</sup> § 1 k.p.c. orzekł jak w sentencji.

SSR Marcin Winczewski