

POSTANOWIENIE

Dnia 29 października 2025 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Bohdan Bieniek

w sprawie z odwołania O. T.
od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w Legnicy
z udziałem R. S. i T. S.A. Oddział w L.
o zasiłek chorobowy,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń
Społecznych w dniu 29 października 2025 r.,
skargi kasacyjnej organu rentowego od wyroku Sądu Okręgowego w Legnicy
z dnia 31 marca 2025 r., sygn. akt V Ua 1/25,

- 1. odmawia przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania,**
- 2. zasądza od skarżącego na rzecz odwołującego się kwotę 240 (dwieście czterdzieści) zł, powiększoną o stawkę podatku od towarów i usług, tytułem pomocy prawnej udzielonej ubezpieczonemu w postępowaniu kasacyjnym.**

UZASADNIENIE

Sąd Okręgowy w Legnicy, wyrokiem z dnia 31 marca 2025 r., oddalił apelację organu rentowego od wyroku Sądu Rejonowego w Legnicy z dnia 21 listopada 2024 r., zmieniającego decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Oddział w Legnicy z dnia 1 marca 2021 r. i przyznającego R. S. prawo do zasiłku chorobowego za wskazane okresy.

W sprawie sporne było czy wnioskodawca, wykonując zawód felczera, mógł zgodnie z prawem wystawić zwolnienia, które stały się podstawą do naliczenia i wypłaty zasiłku chorobowego dla jego pacjenta – ubezpieczonego.

Sąd Okręgowy wskazał, że zgodnie z regulacją zawartą w art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (jednolity tekst: Dz. U. z 2025 r., poz. 501), zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego. Dowodem stwierdzającym niezdolność do pracy z powodu choroby jest zaświadczenie lekarskie (art. 53 ust. 1), wystawione przez osobę upoważnioną przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (art. 54). Fakt niezdolności do pracy ubezpieczonego nie był kwestionowany w zaskarżonej decyzji.

W uzasadnieniu decyzji organ rentowy skupił się na przekroczeniu uprawnień przez wnioskodawcę twierdząc, że ten jako felczer nie miał prawa do wydania zaświadczeń lekarskich dla ubezpieczonego na okresy dłuższe od tych wskazanych w art. 3a ustawy z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (jednolity tekst: Dz. U. z 2022 r., poz. 1529), czym wprowadził organ rentowy w błąd w rozumieniu art. 84 ust. 6 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz. U. z 2025 r., poz. 350), ponieważ wnioskodawca przekazał nieprawdziwe dane na podstawie, których wypłacony został zasiłek chorobowy.

Pierwsze zwolnienie zostało wystawione 1 kwietnia 2020 r. a ostatnie 31 grudnia 2020 r. W takiej sytuacji, po tym okresie, to na organie rentowym – w ocenie Sądu odwoławczego – spoczywał wyłączny obowiązek wykazania, że niezdolność o pracy ubezpieczonego nie istniała. Takim twierdzeniom zaprzeczył wnioskodawca oraz ubezpieczony. Zakład nie wskazał na dokumentację medyczną pozwalającą na przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego. A niedopuszczalne jest - w ocenie Sądu odwoławczego - po takim czasie, kwestionowanie niezdolności do pracy tylko z tego powodu, że potwierdzające je zaświadczenia wydane zostały przez felczera z naruszeniem - zdaniem organu rentowego - art. 3a ustawy o zawodzie felczera. Takie stanowisko skutkuje bowiem pozbawieniem ubezpieczonego, legitymującego się zaświadczeniem o niezdolności do pracy,

wydanym przez upoważnioną przez ZUS osobę, przysługującego mu prawa do zasiłku chorobowego i pozbawiałoby go możliwości przedstawienia zaświadczenia, które nie będzie przez organ rentowy kwestionowane.

Za nieprawdziwe dane, o których mowa w art. 84 ust. 6 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, nie można było uznać potwierdzenia przez felczera niezdolności do pracy ubezpieczonego ponad okresy wskazane w art. 3a ustawy o zawodzie felczera. Niezależnie od wątpliwości, co do sposobu interpretacji limitów czasowych określonych w art. 3a ustawy o zawodzie felczera, wskazujących na ilość dni niezdolności do pracy, jakie mogą być stwierdzone przez felczera, należało odróżnić podanie danych nieprawdziwych od sytuacji potwierdzenia niezdolności do pracy rzeczywiście występującej, nawet w wymiarze przekraczającym limity określone w art. 3a tejże ustawy.

Ubezpieczonemu przysługiwał zasiłek chorobowy za cały zakwestionowany w zaskarżonej decyzji okres. Prawo do niego wynika bowiem z posiadania statusu osoby ubezpieczonej i niezdolności do pracy stwierdzonej przez upoważnioną osobę. Dotąd aż nie zostanie zakwestionowana niezdolność do pracy prawa tego ubezpieczonego nie można pozbawiać. Tym samym Sąd Okręgowy uznał, że ubezpieczonemu przysługiwał zasiłek chorobowy za cały zakwestionowany w decyzji okres.

Skargę kasacyjną wywiódł organ rentowy, zaskarżając wyrok Sądu Okręgowego w całości. We wniosku o przyjęcie skargi do rozpoznania wskazał na potrzebę rozstrzygnięcia zagadnienia, czy brak dokumentacji z przebiegu leczenia jest przejawem nienależytej staranności w potwierdzaniu niezdolności do pracy (mieszczącej się w definicji nieprawdziwych danych) i uzasadnia wybór felczera jako innej osoby zobowiązanej do zwrotu zasiłku chorobowego.

Wnioskodawca, w odpowiedzi na skargę kasacyjną wniósł o wydanie postanowienia o odmowie przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania i zasądzenie od organu rentowego kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej skarżącemu z urzędu według norm prawem przepisanych.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Brak jest podstaw uzasadniających przyjęcie skargi kasacyjnej do rozpoznania.

Sformułowanie istotnego zagadnienia prawnego w rozumieniu art. 398⁹ § 1 pkt 1 k.p.c. powinno przybrać postać porównywalną z formułowaniem zagadnienia prawnego budzącego poważne wątpliwości, o którym stanowi na przykład art. 390 § 1 k.p.c. Chodzi więc o przedstawienie wyraźnych wątpliwości co do określonego przepisu (normy) lub zespołu przepisów (norm) albo szerzej i bardziej ogólnie - wątpliwości co do pewnego uregulowania prawnego (instytucji prawnej). Sformułowane zagadnienie winno odwoływać się w sposób generalny i abstrakcyjny do treści przepisu, który nie podlega jednoznacznej wykładni, a którego wyjaśnienie przez Sąd Najwyższy przyczyni się do rozwoju jurysprudencji i prawa pozytywnego. Nie może mieć natomiast charakteru kazuistycznego i zawierać szeregu szczegółowych założeń determinujących odpowiedź, jak i nie może służyć uzyskaniu przez skarżącego odpowiedzi odnośnie do kwalifikacji prawnej pewnych szczegółowych elementów podstawy faktycznej zaskarżonego rozstrzygnięcia. Zagadnienie prawne powinno wyrażać problem prawny, którego wyjaśnienie ma znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy w ustalonym stanie faktycznym.

W przedmiotowej skardze nie sprostano tak scharakteryzowanym wymogom.

Poza zakresem ubezpieczeniowego pojęcia nienależnie pobranych świadczeń znajdują się świadczenia przyznane lub wypłacone bez podstawy prawnej („nienależnie wypłacone”) z powodu przekazania przez płatnika lub inny podmiot nieprawdziwych danych mających wpływ na prawo do świadczeń lub na ich wysokość (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 czerwca 2008 r., I UK 376/07, OSNP 2009/21–22, poz. 295). Sytuuje to instytucję „wypłaconych nienależnie świadczeń” poza kategorią „świadczeń nienależnie pobranych”. W tym przypadku obowiązek zwrotu nienależnych świadczeń obciąża bezpośrednio płatnika lub inny podmiot, a żądanie zwrotu może stanowić przedmiot decyzji organu rentowego adresowanej wprost do tych podmiotów (por. uchwała Sądu Najwyższego z dnia 19 października 1988 r., III UZP 33/88, OSNC 1989 nr 12, poz. 199).

Należy przyjąć, że art. 84 ust. 6 ustawy systemowej dotyczy przypadków, w których przekazanie przez płatnika lub inny podmiot nieprawdziwych danych spowodowało wypłacenie świadczeń, które nie należały się świadczeniobiorcy, ale nie można uznać ich za świadczenia, o których mowa w art. 84 ust. 2 ustawy systemowej. Artykuł 84 ust. 6 ustawy systemowej odnosi się do sytuacji obiektywnej – przedstawienia nieprawdziwych danych (zob. R. Babińska-Górecka [w:] Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych. Komentarz, red. K. Antonów, Warszawa 2024, LEX). Innymi słowy płatnik będzie zobowiązany do zwrotu nienależnie wypłaconych świadczeń tylko wtedy, gdy spełnione zostały okoliczności określone w art. 84 ust. 6 ustawy systemowej w postaci przedstawienia nieprawdziwych danych. Sąd Najwyższy w swoim orzecznictwie wyrażał też pogląd odnośnie do wykładni pojęcia „nieprawdziwe dane”, przyjmując, że przez „nieprawdziwe dane”, o których mowa w art. 84 ust. 6 ustawy systemowej należy rozumieć zawarte w dokumentach dane niezgodne z prawdą, z rzeczywistością, ze stanem faktycznym, kłamliwe, zmyślane, nierzeczywiste (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 lutego 2018 r., II UK 673/16, OSNP 2019 Nr 2, poz. 19 i przywołane tam orzeczenia). Taki charakter mogą mieć nie tylko informacje wykazywane przez płatnika, ale też brak informacji o okolicznościach, które wpływają na prawo do świadczenia lub jego wysokość, które nie zostały przez niego ujawnione.

Powołany przez skarżącego przepis art. 59 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa normuje zaś jedną z trzech procedur kontrolnych przewidzianych w ustawie zasiłkowej, to jest kontrolę, której przedmiotem jest weryfikacja prawidłowości orzekania o niezdolności do pracy z powodu choroby oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich. Przedmiotem procedury kontrolnej unormowanej w komentowanym przepisie jest weryfikacja prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich. Kontrolę prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy określa się mianem kontroli merytorycznej, kontrolę zaś prawidłowości wystawiania zaświadczeń określa się kontrolą formalną. Celem kontroli merytorycznej jest ocena zasadności orzeczenia o niezdolności do pracy, a kontroli formalnej ocena

rzetelności działań przy orzekaniu o niezdolności do pracy. Kontrolę prawidłowości orzekania o niezdolności do pracy z powodu choroby oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich wykonują lekarze orzecznicy ZUS (zob. K. Stopka [w:] Świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Komentarz, Warszawa 2025, LEX).

Za prawidłowe wystawianie zaświadczeń lekarskich uznać należy wystawianie zaświadczeń lekarskich przez powołane do tego osoby (upoważnionych przez ZUS lekarzy, lekarzy dentystów, felczerów, starszych felczerów oraz osoby przez nich upoważnione do „wypełniania” formularza zaświadczenia lekarskiego), zgodnie z zasadami określonymi w przepisach ustawy – art. 54a, 55 i 55a oraz art. 58a, regulującego zasady sprostowania błędów stwierdzonych w zaświadczeniu lekarskim, jeśli przyjąć że wystawianie zaświadczenia lekarskiego obejmuje również czynności związane z „modyfikowaniem jego treści” i jako takie nie ma charakteru czynności jednorazowej, oraz z uwzględnieniem przepisów rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 10 listopada 2015 r. w sprawie trybu i sposobu orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wystawiania zaświadczenia lekarskiego oraz trybu i sposobu sprostowania błędu w zaświadczeniu lekarskim (Dz.U. z 2015 r., poz. 2013), to jest z dochowaniem wstępnych warunków dopuszczających wystawienie zaświadczenia lekarskiego, przyjętej dla niego formy, treści, okresu, na jaki można je wystawić, czy też liczby wystawianych zaświadczeń (§ 6-12).

Ze względu na powyższe argumenty, Sąd Najwyższy na podstawie art. 398⁹ § 2 k.p.c. orzekł jak w sentencji.

O kosztach nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej ubezpieczonemu w postępowaniu kasacyjnym, orzeczono na podstawie § 15 ust. 2 w związku z § 16 ust. 4 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 maja 2024 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa albo jednostki samorządu terytorialnego kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu (Dz. U. poz. 763).

AGM

[a.ł.]

