



WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 7 lutego 2024 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Zbigniew Korzeniowski (przewodniczący)

SSN Leszek Bielecki

SSN Agnieszka Żywicka (sprawozdawca)

w sprawie z odwołania A. S.
przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w Toruniu
o zasiłek chorobowy,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń
Społecznych w dniu 7 lutego 2024 r.,
skargi kasacyjnej odwołującej się od wyroku Sądu Okręgowego - Sądu Pracy
i Ubezpieczeń Społecznych w Płocku
z dnia 3 grudnia 2020 r., sygn. akt VI Ua 53/19,

I. oddala skargę kasacyjną;

**II. zasądza od A. S. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
Oddział w Toruniu 240 zł (słownie: dwieście czterdzieści złotych)
z odsetkami z art. 98 § 1¹ k.p.c.**

Leszek Bielecki Zbigniew Korzeniowski Agnieszka Żywicka

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 3 grudnia 2020 r. Sąd Okręgowy w Płocku w sprawie A. S. przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w Toruniu o zasiłek chorobowy, na skutek apelacji odwołującej się i organu rentowego od wyroku Sądu Rejonowego w Płocku z dnia 22 sierpnia 2019 r., zmienił zaskarżony wyrok w punkcie I ppkt od f) do dd) w ten sposób, że oddalił odwołanie A. S. o prawo do zasiłku chorobowego: 1. na podstawie zaświadczenia lekarskiego seria [...] za okres od 19.08.2013 r. do 31.08.2013 r.; 2. na podstawie zaświadczenia lekarskiego seria [...] Nr [...] za okres od 14.08.2013 r. do 30.08.2013 r.; 3. na podstawie zaświadczenia lekarskiego seria [...] za okres od 01.09.2013r. do 07.09.2013 r.; 4. na podstawie zaświadczenia lekarskiego seria [...]1 za okres od 06.09.2013 r. do 12.09.2013 r.; 5. na podstawie zaświadczenia lekarskiego seria [...]2 za okres od 08.09.2013 r. do 16.09.2013 r.; 6. na podstawie zaświadczenia lekarskiego seria [...]3 za okres od 04.09.2013r. do 20.09.2013 r.; 7. na podstawie zaświadczenia lekarskiego seria [...]4 za okres od 06.09.2013 r. do 20.09.2013 r.; 8. na podstawie zaświadczenia lekarskiego seria [...]5 za okres od 24.09.2013 r. do 03.10.2013 r.; 9. na podstawie zaświadczenia lekarskiego seria [...]6 za okres od 04.10.2013 r. do 15.10.2013 r.; 10. na podstawie zaświadczenia lekarskiego seria [...]7 za okres od 25.09.2013 r. do 10.10.2013 r.; 11. na podstawie zaświadczenia lekarskiego seria [...]8 za okres od 25.09.2013 r. do 10.10.2013 r.; 12. na podstawie zaświadczenia lekarskiego seria [...]9 za okres od 16.10.2013 r. do 31.10.2013 r.; 13. na podstawie zaświadczenia lekarskiego seria [...]10 za okres od 16.10.2013 r. do 30.10.2013 r.; 14. na podstawie zaświadczenia lekarskiego seria [...]11 za okres od 16.10.2013 r. do 05.11.2013 r.; 15. na podstawie zaświadczenia lekarskiego seria [...]12 za okres od 10.11.2013 r. do 19.11.2013 r.; 16. na podstawie zaświadczenia lekarskiego seria [...]13 za okres od 06.11.2013 r. do 20.11.2013 r.; 17. na podstawie zaświadczenia lekarskiego seria [...]14 za okres od 20.11.2013 r. do 29.11.2013 r.; 18. na podstawie zaświadczenia lekarskiego seria [...]15 za okres od 06.11.2013 r. do 28.11.2013 r.; 19. na podstawie zaświadczenia lekarskiego seria [...]16 za okres od 30.12.2013r. do 12.01.2014 r.; 20. na podstawie zaświadczenia lekarskiego seria [...]17 za okres od 07.01.2014 r. do 23.01.2014 r.; 21. na podstawie zaświadczenia lekarskiego seria [...]18 za okres od 23.01.2014 r. do 01.02.2014 r.; 22. na podstawie zaświadczenia lekarskiego seria [...]19 za okres od 18.01.2014 r. do 07.02.2014 r.; 23. na podstawie zaświadczenia

lekarskiego seria [...]20 za okres od 16.01.2014 r. do 14.02.2014 r.; 24. na podstawie zaświadczenia lekarskiego seria [...]21 za okres od 12.02.2014 r. do 25.02.2014 r.; w pozostałej części oddalił apelację organu rentowego (pkt II); oddalił apelację odwołującą się (pkt III); zasądził od odwołującej się na rzecz organu rentowego 120 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego za drugą instancję.

W sprawie A. S. wniosła odwołanie od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Toruniu z 12 listopada 2015 r., którą odmówiono jej prawa do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego za okres od 13 czerwca 2013 r. do 11 grudnia 2013 r. i świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego za okres od 14 czerwca 2013 r. do 25 lutego 2014 r.

Sąd Rejonowy w Płocku wyrokiem z 22 sierpnia 2019 r. zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznał A. S. prawo do zasiłku chorobowego: 1) od 13 czerwca 2013 r. do 20 czerwca 2013 r. na podstawie zaświadczenia lekarskiego [...]22, 2) od 14 czerwca 2013 r. do 27 czerwca 2013 r. na podstawie zaświadczenia lekarskiego [...]23, 3) od 22 czerwca 2013 r. do 5 lipca 2013 r. na podstawie zaświadczenia lekarskiego [...]24, 4) od 20 lipca 2013 r. do 4 sierpnia 2013 r. na podstawie zaświadczenia lekarskiego [...]25, 5) od 24 lipca 2013 r. do 8 sierpnia 2013 r. na podstawie zaświadczenia lekarskiego [...]26, 6) od 19 sierpnia 2013 r. do 31 sierpnia 2013 r. na podstawie zaświadczenia lekarskiego [...]27, 7) od 14 sierpnia 2013 r. do 30 sierpnia 2013 r. na podstawie zaświadczenia lekarskiego [...]28, 8) od 1 września 2013 r. do 7 września 2013 r. na podstawie zaświadczenia lekarskiego [...]29, 9) od 6 września 2013 r. do 12 września 2013 r. na podstawie zaświadczenia lekarskiego [...]30, 10) od 8 września 2013 r. do 16 września 2013 r. na podstawie zaświadczenia lekarskiego [...]31, 11) od 4 września 2013 r. do 20 września 2013 r. na podstawie zaświadczenia lekarskiego [...]32, 12) od 6 września 2013 r. do 20 września 2013 r. na podstawie zaświadczenia lekarskiego [...]39, 13) od 24 września 2013 r. do 3 października 2013 r. na podstawie zaświadczenia lekarskiego 40, 14) od 4 października 2013 r. do 15 października 2013 r. na podstawie zaświadczenia lekarskiego [...]41, 15) od 25 września 2013 r. do 10 października 2013 r. na podstawie zaświadczenia lekarskiego [...]42, 16) od 25 września 2013 r. do 10 października 2013 r. na podstawie zaświadczenia lekarskiego [...]43, 17) od 16 października 2013 r. do 31 października 2013 r. na podstawie zaświadczenia

lekarskiego [...]44, 18) od 16 października 2013 r. do 30 października 2013 r. na podstawie zaświadczenia lekarskiego [...]45, 19) od 16 października 2013 r. do 5 listopada 2013 r. na podstawie zaświadczenia lekarskiego [...]46, 20) od 10 listopada 2013 r. do 19 listopada 2013 r. na podstawie zaświadczenia lekarskiego [...]47, 21) od 6 listopada 2013 r. do 20 listopada 2013 r. na podstawie zaświadczenia lekarskiego [...]48), 22) od 20 listopada 2013 r. do 29 listopada 2013 r. na podstawie zaświadczenia lekarskiego [...]49, 23) od 6 listopada 2013 r. do 28 listopada 2013 r. na podstawie zaświadczenia lekarskiego [...]50), 24) od 30 grudnia 2013 r. do 12 stycznia 2014 r. na podstawie zaświadczenia lekarskiego [...]51, 25) od 7 stycznia 2014 r. do 23 stycznia 2014 r. na podstawie zaświadczenia lekarskiego [...]52, 26) od 23 stycznia 2014 r. do 1 lutego 2014 r. na podstawie zaświadczenia lekarskiego [...]53, 27) od 18 stycznia 2014 r. do 5 lutego 2014 r. na podstawie zaświadczenia lekarskiego [...]54, 28) od 16 stycznia 2014 r. do 29 stycznia 2014 r. na podstawie zaświadczenia lekarskiego [...]55, 29) od 12 lutego 2014 r. do 25 lutego 2014 r. na podstawie zaświadczenia lekarskiego [...]56). W pkt II wyroku oddalił odwołanie w pozostałej części, w pkt III zniósł koszty procesu między stronami.

Sąd pierwszej instancji dokonał następujących ustaleń faktycznych. A. S. prowadzi od 2017 r. pozarolniczą działalność gospodarczą - Biuro Rachunkowe i z tego tytułu podlegała ubezpieczeniom społecznym. Dnia 1 marca 2013 r., po zakończeniu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, zgłosiła się ponownie do ubezpieczeń społecznych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Ubezpieczona zadeklarowała następujące podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe: za marzec 2013 r. w kwocie 512.295,05 zł, za kwiecień 2013 r. w kwocie 999.999,99 zł, za maj 2013 r. w kwocie 999.999,99 zł. Podstawa wymiaru zasiłku chorobowego ustalona od przychodu stanowiącego podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe za okres od marca 2013 r. do maja 2013 r. wyniosła 812.882,42 zł.

W dniu 1 marca 2013 r. wpłynął do ZUS formularz ZUA, zgodnie z którym adresem zamieszkania ubezpieczonej jest L., adres do korespondencji: S., ul. [...].

Od 13 czerwca do 21 czerwca 2013 r. odwołująca się korzystała ze zwolnienia lekarskiego z powodu choroby T00 - Powierzchowne urazy obejmujące liczne okolice ciała. Zaświadczenie lekarskie [...] zostało wystawione przez lekarza S. Ł..

W okresie od 20 czerwca 2013 r. organ rentowy wielokrotnie podejmował próby wezwania odwołującej się na badanie lekarskie celem skontrolowania zasadności wystawienia zwolnienia lekarskiego. Wezwania próbowano doręczyć przez pracowników organu oraz były wysyłane pocztą, na adresy wskazywane przez odwołującą się. Odwołująca się co do zasady odbierała przesyłki po drugim awizowaniu, co do zasady w ostatnim dniu, gdy był możliwy ich odbiór. W sprawie odwołującej się toczyło się postępowanie przed Prokuraturą Rejonową we Włocławku i przed Policją, w toku których odwołująca się niezwłocznie, po jednym lub dwóch dniach odbierała skierowane do niej przesyłki polecone.

W dniu 20 czerwca 2013 r. pracownicy organu podjęli wraz z lekarzem orzecznikiem próbę przeprowadzenia kontroli prawidłowości wykorzystywania zaświadczenia lekarskiego i przeprowadzenia badania odwołującej się w miejscu zamieszkania, jednak odwołującą się nie zastano w domu.

W dniu 24 czerwca 2013 r. (data wypełnienia: 17 czerwca 2013 r.) wpłynął do ZUS formularz ZUA, zgodnie z którym adresem zamieszkania ubezpieczonej jest S. ul. [...], adres do korespondencji: S., ul. [...]. Organ rentowy podejmując w dniu 20 czerwca 2013 r. próbę przeprowadzenia kontroli pod adresem L., nie posiadał informacji o zmianie miejsca zamieszkania na adres w S. przy ul. [...].

Od 14 czerwca do 2 lipca 2013 r. odwołująca korzystała ze zwolnienia lekarskiego z powodu choroby. Zaświadczenie lekarskie [...] zostało odwołującą się wystawione przez dr ortopedę S. G.. Podczas kontroli w dniu 26 czerwca 2013 r. miało być wręczone ubezpieczonej wezwanie na dzień 27 czerwca 2013 r. na badanie prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich. Podczas kontroli ujawniono, że pod adresem wskazanym przez odwołującą się na zaświadczeniu lekarskim znajduje się biuro rachunkowe odwołującej się, a pracownica biura poinformowała, że odwołująca się mieszka na ulicy [...] w S.. Próba kontroli przeprowadzona w dniu 26 czerwca 2013 r. pod adresem S. ul. [...]1, była zgodna z adresem wskazanym w ZUS ZUA oraz wskazanym na zaświadczeniu lekarskim.

W tym samym dniu (data wypełnienia 26 czerwca 2013 r.) wpłynął do ZUS formularz ZUA, zgodnie z którym adresem zamieszkania ubezpieczonej jest S. ul. [...], adres do korespondencji: S., ul. [...]1.

Od 22 czerwca do 5 lipca 2013 r. odwołująca się korzystała ze zwolnienia lekarskiego z powodu choroby. Zaświadczenie lekarskie [...]1 zostało odwołującej się wystawione przez lekarza S. Ł.. Na podstawie uzyskanej dokumentacji pochodzącej z Biura Rachunkowego odwołującej się i podpisanej parafkami organ rentowy zajął stanowisko, że odwołująca się w tym okresie wykonywała pracę.

Od 3 lipca do 23 lipca 2013 r. odwołująca się korzystała ze zwolnienia lekarskiego z powodu choroby. Zaświadczenie lekarskie [...]2 zostało wystawione przez ortopedę S. G.. Na podstawie uzyskanej dokumentacji pochodzącej z Biura Rachunkowego odwołującej się i podpisanej parafkami organ rentowy zajął stanowisko, że odwołująca się w tym okresie wykonywała pracę.

W dniu 4 lipca 2013 r. (data wypełnienia 4 lipca 2013 r.) wpłynął do ZUS formularz ZUA, zgodnie z którym adresem zamieszkania ubezpieczonej jest S. [...]1, adres do korespondencji: S., ul. [...]1, natomiast w dniu 10 lipca 2013 r. (data wypełnienia 10 lipca 2013 r.) wpłynął do ZUS formularz ZUA, zgodnie z którym adresem zamieszkania ubezpieczonej jest S. ul. [...]1, adres do korespondencji: S., ul. [...]1. W dniu 17 lipca 2013 r. (data wypełnienia 17 lipca 2013 r.) wpłynął do ZUS formularz ZUA, zgodnie z którym adresem zamieszkania ubezpieczonej S. ul. [...]1, adres do korespondencji: S., ul. [...]1.

Kolejną próbę doręczenia ubezpieczonej wezwań na badanie organ podjął w dniu 18 lipca 2013 r. (osobiście przez pracowników ZUS), przy czym zamiarem było przeprowadzenie badania, które miało odbyć się w dniu 22 lipca 2013 r. Próby doręczenia wezwań na adresy S. ul. [...]1 oraz S. ul. [...] się nie powiodły.

Od 20 lipca do 4 sierpnia 2013 r. odwołująca się korzystała ze zwolnienia lekarskiego z powodu choroby. Zaświadczenie lekarskie [...]4 zostało wystawione przez lekarza S. Ł.. Na podstawie uzyskanej dokumentacji pochodzącej z Biura Rachunkowego odwołującej się i podpisanej parafkami organ rentowy zajął stanowisko, że odwołująca się w tym okresie wykonywała pracę.

Od 24 lipca do 13 sierpnia 2013 r. odwołująca się korzystała ze zwolnienia lekarskiego z powodu choroby. Zaświadczenie lekarskie [...]5 z kodem choroby S13 zostało odwołującej się wystawione przez ortopedę S. G. Kolejną próbę doręczenia ubezpieczonej wezwań na badanie organ podjął w dniu 31 lipca 2013 r. (osobiście przez pracowników ZUS), które to badanie miało odbyć się w dniu 8 sierpnia 2013 r.

Próby doręczenia wezwań na adresy S. ul. [...]1 oraz S. ul. [...] nie powiodły się. Ponadto organ wysłał odwołującej się wezwania na badanie pocztą i nie zostały one odebrane przed terminem badania.

W dniu 1 sierpnia 2013 r. (data wypełnienia 1 sierpnia 2013 r.), w dniu 28 sierpnia 2013 r. (data wypełnienia 26 sierpnia 2013 r.), w dniu 9 września 2013 r. (data wypełnienia 9 września 2013 r.) oraz w dniu 18 września 2013 r. (data wypełnienia 14 września 2013 r.) wpłynęły do ZUS formularze ZUA, zgodnie z którymi adresem zamieszkania ubezpieczonej jest S. ul. [...], adres do korespondencji: S., ul. [...].

Od 14 sierpnia do 3 września 2013 r. odwołująca się korzystała ze zwolnienia lekarskiego z powodu choroby. Zaświadczenie lekarskie [...] zostało wystawione przez ortopedę S. G.. W dniu 27 sierpnia 2013 r. organ przeprowadził pod trzema adresami odwołującej kontrolę prawidłowości wykorzystania zwolnień lekarskich oraz doręczenia wezwania na badanie przez lekarza orzecznika w dniu 30 sierpnia 2013 r., w trakcie której pod żadnym z adresów nie zastał odwołującej. Pracownicy organu podczas kontroli na ul. [...] odnieśli wrażenie, że dom jest zamieszkały, jednak furtka okręcona kablem uniemożliwiającym wejście na posesję. Kontrolujący wołali, by im otworzyć, jednak nikt się nie pojawił prócz sąsiada i na podstawie informacji od niego kontrolujący ustalili, że to dom ojca odwołującej, a miejsce, w którym odwołująca przebywa, to Biuro Rachunkowe przy [...]1. Kontrolujący udali się pod wskazany adres, gdzie znajdował się piętrowy budynek z lokalami na parterze. Pracownica poinformowała ich o nieobecności odwołującej i dała im wizytówkę z numerami telefonów, wskazując, że telefonu komórkowego odwołująca nie odbierze. Następnie zgodnie z informacjami uzyskanymi w sąsiednim sklepie kontrolujący udali się na górę, gdzie znajdowało się mieszkanie prywatne odwołującej, jednak, gdy weszli do środka, pracownica biura wskazała im, że odwołującej nie ma. Ostatnim kontrolowanym miejscem była posesja odwołującej w R., gdzie kontrolujący zastali dwóch mężczyzn przeprowadzających remont, od których uzyskali informację, że tego samego dnia rano odwołująca przywiozła im worki z cementem, klejem i zaprawą, ale obecnie tu nie przebywa. Pracownicy biura rachunkowego odwołującej przy żadnej z kontroli nie prosili kontrolujących o pozostawienie telefonu kontaktowego. Pracownicy organu kontrolujący i doręczający korespondencję są

zobowiązani do doręczenia wezwania na badanie do rąk własnych odwołującego, nie zostawiają zwrotek ani telefonów kontaktowych. Pracownicy zaobserwowali, że w miejscu wskazanym jako miejsce pobytu odwołującej w sytuacji, gdy ten sam kontrolujący przychodził na kontrolę po kilku dniach, dało się zauważyć różnice, np. gdy jeden z kontrolujących wszedł na teren posesji inną furtką i pukał do drzwi, a po dwóch dniach znów był na kontroli w tym miejscu, to wejście drugą furtką zostało zastawione koszem na śmieci.

Od 19 sierpnia do 31 sierpnia 2013 r. odwołująca korzystała ze zwolnienia lekarskiego z powodu choroby. Zaświadczenie lekarskie [...]5 zostało odwołującej wystawione przez lekarza S. Ł.. Na podstawie uzyskanej dokumentacji pochodzącej z Biura Rachunkowego odwołującej i podpisanej parafkami organ rentowy zajął stanowisko, że odwołująca w tym okresie wykonywała pracę.

Od 1 września do 7 września 2013 r., od 6 września do 12 września 2013 r. oraz od 8 września do 16 września 2013 r. odwołująca przebywała na zwolnieniach lekarskich nr: [...]6, [...]7, [...]8 z powodu choroby. Na podstawie uzyskanej dokumentacji pochodzącej z Biura Rachunkowego odwołującej i podpisanej parafkami organ rentowy zajął stanowisko, że odwołująca w tym okresie wykonywała pracę.

Od 4 września do 24 września 2013 r. odwołująca korzystała ze zwolnienia lekarskiego z powodu choroby. Zaświadczenie lekarskie nr [...]9 zostało odwołującej wystawione przez ortopedę S. G..

Od 6 września do 24 września 2013 r. odwołująca korzystała ze zwolnienia lekarskiego z powodu choroby. Zaświadczenie lekarskie nr [...]10 zostało odwołującej wystawione przez lekarza A. U.. Podczas kontroli w dniu 18 września 2013 r. miało być wręczone ubezpieczonej wezwanie na dzień 20 września 2013 r. na badanie prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu obydwu chorób oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich. Podczas kontroli pod żadnym z adresów nie zastano odwołującej.

Od 24 września do 3 października 2013 r. oraz od 4 października do 15 października 2013 r. odwołująca przebywała na zwolnieniach lekarskich nr: [...]11, [...]12 z powodu choroby. Na podstawie uzyskanej dokumentacji pochodzącej z

Biura Rachunkowego odwołującej i podpisanej parafkami organ rentowy zajął stanowisko, że odwołująca w tym okresie wykonywała pracę.

Od 25 września do 15 października 2013 r. odwołująca korzystała ze zwolnienia lekarskiego z powodu choroby. W dniu 3 października 2013 r. miało zostać wręczone ubezpieczonej wezwanie na dzień 10 października 2013 r. na badanie prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu obydwu chorób oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich. Podczas kontroli pod żadnym z adresów nie zastano odwołującej.

Od 16 października do 5 listopada 2013 r. odwołująca korzystała ze dwóch zwolnień lekarskich jednocześnie o numerach [...]11 i [...]12. Od 16 października do 30 października 2013 r. odwołująca korzystała ze zwolnienia lekarskiego nr [...]13 z powodu choroby o numerze statystycznym S13 - Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł na poziomie szyi. Podczas kontroli zaświadczenia nr [...]14 w dniu 29 października 2013 r. miało być wręczone ubezpieczonej wezwanie na dzień 31 października 2013 r. na badanie prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby o numerze statystycznym F43 – Reakcja na silny stres i zaburzenia adaptacyjne, na którą wystawiono zaświadczenie nr [...]15 oraz wystawiania zaświadczenia lekarskiego. Podczas kontroli pod żadnym z adresów nie zastano odwołującej.

Od 10 listopada do 19 listopada 2013 r. odwołująca przebywała na zwolnieniu lekarskim nr: [...]16 z powodu choroby. Na podstawie uzyskanej dokumentacji pochodzącej z Biura Rachunkowego odwołującej i podpisanej parafkami organ rentowy zajął stanowisko, że odwołująca w tym okresie wykonywała pracę.

Od 6 listopada do 25 listopada 2013 r. odwołująca korzystała ze zwolnienia lekarskiego nr: [...]17 z powodu choroby. W dniu 20 listopada 2013 r. miało być wręczone ubezpieczonej wezwanie na dzień 21 listopada 2013 r. na badanie prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, na którą wystawiono zaświadczenie [...]18 oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich, na które ponadto odwołująca była wzywana pocztą. Podczas próby doręczenia pod żadnym z adresów nie zastano odwołującej.

Od 6 listopada do 29 listopada 2013 r. odwołująca korzystała ze zwolnienia lekarskiego nr: [...]19 z powodu choroby. W dniu 19 listopada 2013 r. miało być

wręczone ubezpieczonej wezwanie na dzień 28 listopada 2013 r. na badanie prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, na którą wystawiono zaświadczenie nr [...]20 oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich, na które ponadto odwołująca była wzywana pocztą. Podczas próby doręczenia pod żadnym z adresów nie zastano odwołującą.

Od 20 listopada do 29 listopada 2013 r. odwołująca przebywała na zwolnieniu lekarskim nr: [...]21 z powodu choroby. Na podstawie uzyskanej dokumentacji pochodzącej z Biura Rachunkowego odwołującej i podpisanej parafkami organ rentowy zajął stanowisko, że odwołująca w tym okresie wykonywała pracę.

Od 26 listopada do 16 grudnia 2013 r. odwołująca korzystała ze zwolnienia lekarskiego nr: [...]22 z powodu choroby wystawionego przez lekarza A. U.. Od 30 listopada do 14 grudnia 2013 r. odwołująca korzystała ze zwolnienia lekarskiego nr: [...]23 z powodu choroby wystawionego przez lekarza S. Ł.. Od 30 listopada do 17 grudnia 2013 r. odwołująca korzystała ze zwolnienia lekarskiego nr: [...]24 z powodu choroby wystawionego przez dr S. G.. W dniu 6 grudnia i 9 grudnia 2013 r. organ podjął próby doręczenia osobistego przez pracowników wezwania ubezpieczonej wezwania na dzień 10 grudnia 2013 r. na badanie prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, na którą wystawiono zaświadczenia nr: [...]25, [...]26 i [...]27 oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich, na które ponadto odwołująca była wzywana pocztą. Podczas próby doręczenia pod żadnym z adresów nie zastano odwołującą.

Od 30 grudnia 2013 r. do 12 stycznia 2014 r. odwołująca korzystała ze zwolnienia lekarskiego nr: [...]28 z powodu choroby wystawionego przez lekarza S. Ł.. Od 18 grudnia 2013 r. do 17 stycznia 2014 r. odwołująca korzystała ze zwolnienia lekarskiego nr: [...]29 z powodu choroby. Od 9 stycznia do 15 stycznia 2014 r. odwołująca przebywała w szpitalu, wobec tego kontrolujący w dniu 10 stycznia 2014 r. sposób wykorzystywania przez nią zwolnienia ani doręczający jej w dniu 15 stycznia 2014 r. wezwanie na badanie na dzień 16 stycznia 2014 r. nie zastali jej w miejscu zamieszkania.

Odwołująca odebrała wysłane jej w dniu 3 stycznia 2014 r. wezwanie na badania w dniu 20 stycznia 2014 r.

Od 7 stycznia do 27 stycznia 2014 r. odwołująca korzystała ze zwolnienia lekarskiego nr [...]30 z powodu choroby. W dniu 16 stycznia 2014 r. zostało odwołującej przesłane wezwanie na badanie w dniu 23 stycznia 2014 r., które było dwukrotnie awizowane w dniach 17 stycznia i 27 stycznia 2014 r. i które odwołująca odebrała dopiero w dniu 29 stycznia 2014 r., mimo że odbierała na poczcie inne wezwanie w dniu 20 stycznia 2014 r.

Od 18 stycznia do 7 lutego 2014 r. odwołująca korzystała ze zwolnienia lekarskiego nr [...]31 z powodu choroby. W dniu 29 stycznia 2014 r. podjęta została próba doręczenia osobistego przez pracowników wezwania ubezpieczonej wezwania na dzień 5 lutego 2014 r. na badanie prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, jednak odwołującej nie zastano.

Od 16 stycznia do 14 lutego 2014 r. odwołująca korzystała ze zwolnienia lekarskiego nr [...]32 z powodu choroby. W dniu 29 stycznia 2014 r. podjęta została próba doręczenia osobistego przez pracowników ubezpieczonej wezwania na dzień 5 lutego 2014 r. na badanie prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, jednak odwołującej nie zastano. Ponadto w dniu 5 lutego 2014 r. organ przeprowadził kontrolę wykorzystywania zwolnienia lekarskiego, w trakcie której pod adresem [...], S. wskazanym na zwolnieniu lekarskim nie zastano odwołującej.

Od 23 stycznia do 1 lutego 2014 r. odwołująca przebywała na zwolnieniu lekarskim nr: [...]33 z powodu choroby. Od 12 lutego do 25 lutego 2014 r. odwołująca przebywała na zwolnieniu lekarskim nr: [...]34 z powodu choroby. Na podstawie uzyskanej dokumentacji pochodzącej z Biura Rachunkowego odwołującej i podpisanej parafkami organ rentowy zajął stanowisko, że odwołująca w tym okresie wykonywała pracę.

Odwołująca nie informowała lekarzy, którzy wystawiali jej zwolnienia lekarskie, że jednocześnie korzysta ze zwolnienia lekarskiego wystawionego przez innego lekarza. Stan zdrowia odwołującej uzasadniał korzystanie przez nią ze zwolnień lekarskich, a jej stan był związany z nieprawidłowościami w sferze psychicznej.

W okresie od 13 czerwca 2013 r. do 25 lutego 2014 r. do organu rentowego były składane liczne pisma z Biura Rachunkowego prowadzonego przez odwołującą, które były opatrzone imiennym stemplem Biura Rachunkowego oraz parafką.

Biuro Rachunkowe prowadzone przez odwołującą miało oddziały m.in. w L. i S., w których byli zatrudnieni pracownicy oraz stażyści. Pracownicy Biura Rachunkowego odwołującej zostali przez nią ustnie upoważnieni do podpisywania pism do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Odwołująca w okresie od 13 czerwca 2013 r. do 25 lutego 2014 r. nie przebywała w Biurze Rachunkowym i nie świadczyła pracy na jego rzecz.

W ocenie Sądu Rejonowego, jedną z głównych okoliczności spornych w niniejszej sprawie był fakt podpisania przez odwołującą pism do organu rentowego w czasie korzystania odwołującej ze zwolnień lekarskich. Odwołująca stała bowiem na stanowisku, iż to nie ona, a inna osoba pracująca w Biurze Rachunkowym podpisała ww. pisma. Biegły, analizując cechy graficzne materiału kwestionowanego z materiałem porównawczym w postaci podpisów odwołującej znajdujących się na pismach procesowych, stanowczo podkreślił, że sporne wnioski do organu rentowego nie zostały podpisane przez odwołującą.

Sąd Rejonowy uwzględniając w części odwołanie, wskazał, że w sprawie organ rentowy wydał decyzję o braku prawa do zasiłku chorobowego na podstawie wskazanych zaświadczeń lekarskich, opierając się na niemających charakteru incydentalnego niestawiennictwie odwołującej na badaniach lekarskich i nieobecnościach odwołującej w miejscu zamieszkania w momencie kontroli wykorzystywania zwolnienia lekarskiego, a także aktywność w zakresie prowadzenia działalności gospodarczej.

W pierwszej kolejności Sąd Rejonowy odniósł się do zarzutu organu podejmowania przez odwołującą aktywności w zakresie prowadzenia działalności gospodarczej. Kluczową okolicznością sporną między stronami była własnoręczność parafki odwołującej na pismach złożonych do organu rentowego przez Biuro Rachunkowe w czasie trwania zwolnienia lekarskiego odwołującej, gdyż według organu rentowego miało świadczyć to o wykonywaniu przez odwołującą czynności związanych z prowadzoną przez nią działalnością gospodarczą. Sąd Rejonowy dopuścił dowód z opinii biegłego grafologa. Opierając się na tej opinii ustalił, iż podpis na pismach do organu rentowego niewątpliwie nie został złożony przez odwołującą. Tym samym odwołująca nie podjęła aktywności w prowadzeniu działalności gospodarczej, która zdaniem organu rentowego uzasadniała pozbawienie jej prawa

do zasiłku chorobowego za okres od 13 czerwca 2013 r. do 25 lutego 2014 r. Z tego względu Sąd Rejonowy uznał, że odwołująca nie wykonywała w trakcie zwolnienia lekarskiego pracy zarobkowej i przyznał A. S. prawo do zasiłku chorobowego za sporny okres.

Natomiast w odniesieniu do kwestii skutków niestawiennictwa odwołującej na badania wyznaczane przez organ Sąd Rejonowy uznał, że działanie odwołującej się nosiło znamiona uniemożliwiania dokonania badania kontrolnego. Ze względu na krótkotrwałe zwolnienia lekarskie przesyłane do organu rentowego przez odwołującą, przesyłkami nadawanymi co do zasady w ostatnim dozwolonym przepisami, siódmym dniu na przekazanie zwolnienia, organ rentowy nie miał możliwości wyznaczenia badania kontrolnego w innym terminie, niż w ciągu najbliższych 14 dni od otrzymania zwolnienia, które to 14 dni jest zgodnie z przepisami art. 44 k.p.a. dotyczącymi doręczeń okresem awizowania przesyłek poleconych. Słuszne było w ocenie Sądu Rejonowego skorzystanie przez organ w takim stanie rzeczy z możliwości doręczenia wezwań odwołującej za pośrednictwem pracowników organu, a także z możliwości przebadania odwołującej przez lekarza orzecznika w miejscu pobytu. Kluczowy jest fakt, że odwołująca dokonywała częstych zgłoszeń zmiany adresu zamieszkania, który często był niespójny z danymi wskazanymi przez lekarza w zaświadczeniu lekarskim, a następnie nieodebranie wezwania próbowała usprawiedliwiać próbą doręczenia wezwania na niewłaściwy adres. Po pewnym czasie jednak organ zaczął dokonywać prób doręczenia na każdy ze znanych mu adresów odwołującej jednocześnie. Sąd pierwszej instancji zwrócił uwagę na okoliczność, że miejsca, w których odwołująca miała przebywać w czasie korzystania ze zwolnienia nie sprawiały wrażenia niezamieszkaných, lecz nie istniała w nich możliwość zadzwonienia dzwonkiem, a ponadto obecne w nich osoby wskazywały, że odwołująca była w danym miejscu rano i gdzieś pojechała, co poddaje w wątpliwość wskazania odwołującej, że była w domu, a doręczenia jej wezwań były pozorne. Mając powyższe na względzie, Sąd Rejonowy, oceniając wszystkie okoliczności sprawy zgodnie z zasadami doświadczenia życiowego i logiki, doszedł do przekonania, że działania odwołującej były celowe i miały służyć niedokonaniu kontroli stanu zdrowia odwołującej, bowiem nie jest prawdopodobne, by przez 8-miesięczny okres niezdolności odwołującej do pracy, wskutek wielokrotnych prób

doręczenia odwołującej wezwania na badanie na różne wskazywane przez nią adresy, nie udało się pracownikom organu zastać odwołującej w domu i doręczyć jej wezwania do rąk własnych, w szczególności mając na uwadze fakt, że o poszukiwaniu odwołującej przez pracowników ZUS wiedzieli wszyscy pracownicy prowadzonego przez nią biura i sąsiedzi. Powyższe świadczy o celowym unikaniu przez odwołującą spotkania z pracownikami organu rentowego. Może to budzić zdziwienie, mając na względzie, że odwołująca przedstawiała zaświadczenia od lekarzy różnych specjalności, na ten sam okres niezdolności do pracy i zdaniem Sądu Rejonowego, jeśli jej stan zdrowia rzeczywiście był tak zły, to zwolnienia lekarskie nie zostałyby przez lekarza orzecznika organu w żaden sposób podważone podczas badania jej w miejscu pobytu czy w siedzibie organu rentowego. Sposób działania odwołującej jednak nie daje podstaw, by w oparciu o przedstawione zaświadczenia lekarskie przyznać jej prawo do zasiłku chorobowego za cały okres zwolnienia lekarskiego. Z powyższego względu Sąd Rejonowy uznał, że ubezpieczona nie ma prawa do zasiłku chorobowego w części dotyczącej okresów od wyznaczonego dnia badania, na które organ próbował doręczyć jej wezwanie na dany termin badania, do końca zwolnienia lekarskiego, z wyjątkiem okresu, w którym nieodebranie przez odwołującą osobiście wezwania było związane z pobytem w szpitalu.

Od wyroku wniosły apelację obie strony.

Odwołująca się wniosła apelację w części oddalającej odwołanie. Apelację od wyroku wniósł także organ rentowy w części dotyczącej rozstrzygnięcia zawartego w punkcie I.

Sąd Okręgowy uznał apelację odwołującej się w przeważającej części za niezasadną. Wskazał, że Sąd pierwszej instancji dokonał w większości prawidłowych ustaleń faktycznych, które Sąd Okręgowy zaaprobował i przyjął za własne. Części z nich nie podzielił i dokonał własnych ustaleń. Z uwagi na obszerność postępowania dowodowego i zarzuty zawarte w apelacji odwołującej konieczne stało się w drugiej instancji uzupełnienie ustaleń faktycznych dotyczących przebiegu postępowania przed organem rentowym, a ponadto ponownej ich oceny i odniesienia się do przedmiotu postępowania.

Sąd Okręgowy przypominał, że decyzją organu rentowego z dnia 12 listopada 2015 r. orzeczono o braku prawa do przyznania A. S. zasiłku chorobowego za wymienione w decyzji sporne okresy. Wskazał, że analizując odwołanie ubezpieczonej nie sposób pominąć, że wprowadzie odwołała się od decyzji z dnia 12 listopada 2015 r., jednak wniosła o zmianę przedmiotowej decyzji przez przyznanie prawa od zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego za okres od 13 czerwca 2013 r. do 11 grudnia 2013 r. i zasiłku rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego za okres od 14 czerwca 2013 r. do 25 lutego 2014 r. W uzasadnieniu odwołania zakwestionowała odmowę przyznania jej zasiłków chorobowych z argumentacją przedstawioną przez organ rentowy, zatem należy uznać, że przedmiotem odwołania było pozbawienie prawa do zasiłków chorobowych na podstawie enumeratywnie wymienionych tam zaświadczeń lekarskich. Organ rentowy pismem procesowym z dnia 19 maja 2016 r. poinformował, że w dniu 3 lutego 2016 r. wydał decyzję odmawiającą A. S. prawa do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego. Podstawą wydania decyzji był fakt odstąpienia przez ZUS od sporządzenia karty wypadku z uwagi na brak ustalenia, czy w wyniku zdarzenia doszło do urazu spowodowanego przyczyną zewnętrzną. Do pisma została załączona decyzja z 3 lutego 2016 r. o odmowie prawa do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego, od której A. S. nie wniosła odwołania. W związku z tym przedmiotem rozstrzygnięcia Sądu Rejonowego mogła być jedynie decyzja z 12 listopada 2015 r. Nie może być zatem w ocenie Sądu Okręgowego wątpliwości, że przedmiotowa sprawa nie dotyczyła świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego.

Sąd Okręgowy uzupełnił postępowanie dowodowe. Stwierdził, że prawo do zasiłku chorobowego za okres od 13 czerwca 2013 r. do 17 stycznia 2014 r. było po raz pierwszy przedmiotem rozpoznania przez Sąd Rejonowy w Płocku w sprawie VI U 445/13. A. S. wniosła odwołania od decyzji:

- z 8 sierpnia 2013 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Toruniu zawiesił postępowanie w sprawie ustalenia uprawnień A. S. do zasiłku chorobowego za okres orzeczonej niezdolności do pracy od 13 czerwca 2013 r. do 13 sierpnia 2013 r., do czasu podjęcia współpracy,

- z 13 września 2013 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Toruniu zawiesił postępowanie w sprawie ustalenia uprawnień A. S. do zasiłku chorobowego za okres orzeczonej niezdolności do pracy od 14 sierpnia 2013 r. do 7 września 2013 r., do czasu podjęcia współpracy,
- z 11 października 2013 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Toruniu zawiesił postępowanie w sprawie ustalenia uprawnień A. S. do zasiłku chorobowego za okres orzeczonej niezdolności do pracy od 8 września 2013 r. do 15 października 2013 r., do czasu podjęcia współpracy,
- z 12 listopada 2013 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Toruniu zawiesił postępowanie w sprawie ustalenia uprawnień A. S. do zasiłku chorobowego za okres orzeczonej niezdolności do pracy od 16 października 2013 r. do 5 listopada 2013 r., do czasu podjęcia współpracy,
- z 13 grudnia 2013 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Toruniu zawiesił postępowanie w sprawie ustalenia uprawnień A. S. do zasiłku chorobowego za okres orzeczonej niezdolności do pracy od 6 listopada 2013 r. do 17 grudnia 2013 r., do czasu podjęcia współpracy,
- z 24 stycznia 2014 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Toruniu zawiesił postępowanie w sprawie ustalenia uprawnień A. S. do zasiłku chorobowego za okres orzeczonej niezdolności do pracy od 18 grudnia 2013 r. do 17 stycznia 2014 r., do czasu podjęcia współpracy.

A. S. wniosła odwołania od powyższych decyzji, domagając się ich uchylenia lub zmiany z uwagi na bezzasadne zawieszenie postępowania.

Sąd Rejonowy w Płocku wyrokiem z 1 października 2014 r. oddalił odwołania A. S. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Toruniu: z 8 sierpnia 2013 r., z 13 września 2013 r., z 11 października 2013 r., z 12 grudnia 2013 r. i z 24 stycznia 2014 r.

Sąd Okręgowy w Płocku na skutek apelacji A. S. wyrokiem z 25 września 2015 r. sygn. akt VI Ua 10/15 uchylił zaskarżony wyrok i poprzedzające go decyzje organu rentowego i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w Toruniu.

Zatem zaskarżona decyzja z 12 listopada 2015 r. została wydana na skutek przekazania sprawy do ponownego rozpoznania. W uzasadnieniu decyzji znajdują

się ustalenia faktyczne organu rentowego i informacja, że wnioski o zasiłki chorobowe zostały ponownie rozpatrzone. W związku z tym ubezpieczona nie mogła mylnie zinterpretować zaskarżonej decyzji, gdyż dotyczyła wyłącznie zasiłków chorobowych na podstawie ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

Odwołująca złożyła wniosek o wypłatę zasiłków chorobowych z ubezpieczenia wypadkowego od 13 czerwca 2013 r. Pierwsze złożone zwolnienie lekarskie zostało wystawione przez lekarza S. Ł. za okres od 13 czerwca do 21 czerwca 2013 r. Organ rentowy pismami z 12 lipca 2013 r. i z 22 lipca 2013 r. wezwał ubezpieczoną do zgłoszenia się do Inspektoratu ZUS w celu uzgodnienia terminu sporządzenia karty wypadku. Dopełnieniem nierealizowania przez skarżącą stawienia się do właściwego Oddziału ZUS w Toruniu celem sporządzenia karty wypadku jest korespondencja między odwołującą a organem rentowym znajdująca się aktach sprawy Sądu Rejonowego w Płocku IV U 445/13. Organ rentowy kilkakrotnie wzywał odwołującą do stawienia się do Oddziału ZUS w Toruniu, oprócz dat wyżej wymienionych, organ rentowy wzywał odwołującą do stawienia się w dogodnym dla niej terminie pismem z 4 września 2013 r. W odpowiedzi na to pismo A. S. wniosła o podanie podstawy prawnej tego wezwania, po tym uzyskała wymaganą informację w piśmie z 27 września 2013 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych zwrócił się w ww. piśmie o dołączenie dokumentacji medycznej związanej ze zdarzeniem z 13 czerwca 2013 r. zgłoszonym jako wypadek przy pracy (w sytuacji prawnej ubezpieczonej był to wypadek przy prowadzeniu działalności gospodarczej), ponadto do stawienia się do lekarza orzecznika w celu dokonania oceny stanu zdrowia w ramach postępowania orzeczniczego. Kolejne pisma organu rentowego zawierały wezwania do stawienia się na badanie i sporządzenie karty wypadku w dniach: 8 listopada 2013 r., 30 grudnia 2013 r. Odwołująca nie zgłosiła się na żadne z wezwań. Wniosła o wyznaczenie innego terminu badania, bowiem akurat w tych dniach miała wizytę lekarską.

Próby wyjaśnienia okoliczności wypadku były zgodne z przepisami art. 5 ust. 1 pkt 8 ustawy z 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (jednolity tekst: Dz.U. z 2009 r. Nr 167, poz. 322 ze zm.), gdyż ustalenia okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy, o

których mowa w art. 3 ust. 3, dokonuje w karcie wypadku: zakład - w stosunku do prowadzących pozarolniczą działalność oraz współpracujących przy prowadzeniu takiej działalności. W związku z powyższym ustalenie okoliczności wypadku wymagało współdziałania z apelującą. Przez okres od 13 czerwca 2013 r. do 25 lutego 2014 r. A. S. miała możliwość stawienia się w organie rentowym w wybranym przez siebie dniu jak również stawienia się na wezwania organu rentowego. Sąd Okręgowy uznał, że wyjaśnienia, które składała odwołująca, że w dniach 8 listopada 2013 r. i 30 grudnia 2014 r. ma zaplanowane wizyty u lekarza nie uchylały obowiązku stawienia się celem udzielenia wyjaśnień potrzebnych do sporządzenia karty wypadku. To na odwołującej ciążył obowiązek udzielenia stosownych wyjaśnień, dostarczenia dowodów dotyczących ustalenia wypadku podczas prowadzenia działalności gospodarczej. Stąd konsekwencje odmowy świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego w postaci zasiłku chorobowego w decyzji z 3 lutego 2016 r., która stała się ostateczna w wyniku braku wniesienia odwołania do sądu.

Sąd Okręgowy wskazał, że Sąd pierwszej instancji wyrokował w sprawie w oparciu o przepisy art. 59 ust. 1 i art. 17 ust. 1 ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (jednolity tekst: Dz.U. z 2010 r. Nr 77, poz. 512). Badał zatem, czy ubezpieczona uniemożliwiła badania lekarskie, co zgodnie z art. 59 ust. 6 ustawy prowadzi do utraty ważności zaświadczenia lekarskiego od dnia następującego po terminie badania oraz czy apelująca prowadziła w zakresie orzeczonej niezdolności do pracy działalność gospodarczą, co również prowadzi do konsekwencji utraty prawa do zasiłku chorobowego, przy czym pozbawienie tego świadczenia następuje za cały okres zwolnienia.

Sąd Okręgowy bardzo szeroko przeanalizował podniesione w apelacji odwołującej się zarzuty i podzielił ocenę dowodów dokonaną przez Sąd pierwszej instancji, że odwołująca celowo zmieniała miejsce pobytu, aby uniemożliwić organowi rentowemu dokonanie kontroli jej stanu zdrowia w trybie przewidzianym przez art. 59 ust. 1-3 ustawy zasiłkowej.

Ponadto podkreślił, że organ rentowy postąpił prawidłowo, prowadząc postępowanie o prawo do zasiłku chorobowego z ogólnego stanu zdrowia na

podstawie ustawy zasiłkowej, gdyż nie było możliwe rozpoznanie wniosku skarżącej o ustalenie wypadku przy prowadzeniu działalności gospodarczej.

W ocenie Sądu Okręgowego kluczowe dla rozstrzygnięcia sprawy okazało się zakwalifikowanie nieobecności apelującej na badaniu przez lekarza orzecznika w dniu 8 sierpnia 2013 r. W tym czasie od 24 lipca do 13 sierpnia 2013 r. odwołująca korzystała ze zwolnienia lekarskiego z powodu choroby- zaświadczenie lekarskie [...]. Odwołująca uniemożliwiła przeprowadzenia badania w tym dniu. Skutkowało to ustaniem dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego odwołującej. Została w ten sposób przerwana ochrona ubezpieczeniowa. W sprawie znajduje zastosowanie art. 14 ust. 2a ustawy systemowej, zgodnie z którym w przypadku, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, jeżeli za część miesiąca został pobrany zasiłek, ubezpieczenie chorobowe ustaje od dnia następującego po dniu, za który zasiłek ten przysługuje. Sąd Okręgowy miał na uwadze, że związanie sądu utratą ważności zaświadczenia lekarskiego powoduje nie tylko skutek w postaci utraty prawa do zasiłku chorobowego, ale także przyjęcia zdolności do pracy ubezpieczonego w tym okresie, co w konsekwencji powoduje przerwę wpływającą na ocenę prawa do zasiłku chorobowego za sporny okres.

Za niezasadny uznał Sąd Okręgowy zarzut ZUS, że ochrona ubezpieczeniowa wynikająca z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego została przerwana za okres od 6 do 19 lipca 2013 r. Postępowanie dowodowe nie wykazało też, aby odwołująca wykonywała pracę zarobkową w okresach niezdolności do pracy.

Sąd Okręgowy zgodził się z argumentacją, że co do zasady okres zasiłkowy wynosi 182 dni. Na podstawie materiału dowodowego nie można jednak ocenić, czy przerwy w pobieraniu zasiłku orzeczone w pkt I zaskarżonego wyroku i kontynuacja kolejnych zwolnień była wywołana tą samą chorobą czy też inną i rozpoczęłyby się nowy okres zasiłkowy.

W konkluzji Sąd Okręgowy stwierdził, że apelacja odwołującej podważyła ustalenia zaskarżonego wyroku co do rozstrzygnięcia o:

- utracie prawa do zasiłku chorobowego w zakresie zwolnienia [...]35 opiewającemu za okres 13 czerwca - 21 czerwca 2013 r., począwszy od 21 czerwca 2013 r.

- utracie prawa do zasiłku chorobowego na podstawie zwolnień lekarskich: [...]36 wystawionego za okres od 25 września 2013 r. do 15 października 2013 r. i [...]37 za okres od 25 września 2013 r. do 15 października 2013 r., począwszy od 11 października 2013 r.,

- utracie prawa do zasiłku chorobowego na podstawie zwolnienia [...]38 wystawionego za okres od 6 listopada 2013 r. do 29 listopada 2013 r. począwszy od 29 listopada 2013 r.

Jednak uchybienia te, na podstawie art. 233 § 1 k.p.c. w zakresie naruszenia swobodnej oceny dowodów, pozostają bez wpływu na treść wyroku w drugiej instancji. W świetle wyroków Sądów obu instancji A. S. otrzymała prawo do nieprzerwanych zasiłków chorobowych od 13 czerwca 2013 r. do 5 lipca 2013 r. oraz od 20 lipca 2013 r. do 8 sierpnia 2013 r. Prawo do zasiłku chorobowego od 6 lipca 2013 r. do 19 lipca 2013 r. będzie przedmiotem oceny organu rentowego na podstawie zwolnień [...]39, [...]40 za okresy nieobjęte zaskarżoną decyzją, po podjęciu postępowania zawieszonego decyzją z 3 lutego 2016 r.

Apelacja organu rentowego była skuteczna z uwagi na niezastosowanie przez Sąd pierwszej instancji przepisów art. 14 ust. 2a ustawy systemowej, co w konsekwencji doprowadziło do przerwania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 9 sierpnia 2013 r. i doprowadziło do zmiany wyroku Sądu Rejonowego w tym zakresie.

W pozostałej części Sąd Okręgowy oddalił apelację organu rentowego i apelację odwołującą się.

Powyższy wyrok Sądu Okręgowego odwołująca się zaskarżyła skargą kasacyjną w całości.

Zaskarżonemu wyrokowi skarżąca zarzuciła naruszenie prawa procesowego, mający istotny wpływ na wynik sprawy:

- 1) art. 477^{14a} k.p.c. w związku z art. 156 § 1 pkt 2 k.p.a. w związku z § 2 ust. 2 pkt 2 Statutu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych stanowiącego załącznik do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z 18 lutego 2008 r. w sprawie nadania statutu Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych oraz w związku z art. 4 ustawy z dnia 3 kwietnia 2009 r. o zmianie ustawy o działach administracji rządowej oraz ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, przez brak uchylenia wyroku Sądu pierwszej

instancji i zaskarżonej decyzji oraz przekazania sprawy do ponownego rozpoznania organowi rentowemu, w sytuacji kiedy upoważnienie pracownika organu rentowego do wydania zaskarżonej decyzji wygasło wraz z uchYLENIEM Statutu ZUS z 2008 r. a w konsekwencji zaskarżona decyzja była obarczona wadą nieważności w rozumieniu przepisu art. 156 § 1 pkt 2 k.p.a. nieusuwalną w toku postępowania sądowego;

2) art. 231 k.p.c., przez błędne uznanie - w ramach domniemania faktycznego - rzekomo uporczywego nieodbierania przez odwołującą korespondencji z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, podczas gdy materiał dowodowy zgromadzony w sprawie potwierdza, że każdorazowo odbierała ona korespondencję w ustawowo określonym terminie;

3) art. 233 § 1 k.p.c., przez dokonanie oceny dowodów w sposób dowolny a nie swobodny, sprzeczny z zasadami doświadczenia życiowego, co skutkowało błędnym przyjęciem, iż działania odwołującej w zakresie odbioru korespondencji oraz braku możliwości, osobistego jej doręczenia przez pracowników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych były celowe i miały służyć niedokonaniu kontroli stanu zdrowia odwołującej, co skutkowało odmową prawa do zasiłku chorobowego w części dotyczącej okresów od wyznaczonego dnia badania, na które organ próbował doręczyć jej wezwanie, do końca zwolnienia lekarskiego, z wyłączeniem jedynie okresu, w którym nieodebrane przez odwołującą osobiście wezwania związane było z pobytem w szpitalu;

4) art. 233 § 1 k.p.c., przez dokonanie oceny dowodów w sposób dowolny a nie swobodny, sprzeczny z zasadami doświadczenia życiowego, co skutkowało błędnym ustaleniem, iż niemożność zapoznania się przez organ rentowy z częścią dokumentacji medycznej odwołującej spowodowana była niezastosowaniem się przez odwołującą do obowiązku rzetelnego informowania organu rentowego o stałym miejscu zamieszkania i stałym miejscu pobytu w czasie zwolnienia lekarskiego, podczas gdy dokumentację tą Zakład Ubezpieczeń Społecznych otrzymał z Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w S., gdzie odwołująca złożyła ją w celu przyznania jej orzeczenia o niepełnosprawności;

5) art. 233 § 1 k.p.c. w związku z art. 227 k.p.c., przez dokonanie oceny dowodów w sposób dowolny a nie swobodny, sprzeczny z zasadami doświadczenia życiowego, co skutkowało błędnym uznaniem, iż dokumenty świadczące o

interwencjach odwołującej na Policji w związku ze zgłoszeniami szkód na posesji w S. stanowiącej jej własność, nie miało związku ze sprawą, podczas gdy jest to istotny dowód uzasadniający częste zmiany miejsca zamieszkania i pobytu w okresie korzystania ze zwolnień lekarskich, na które organ rentowy powołuje się jako na rzekome działanie odwołującej mające na celu udaremnienie doręczenia jej wezwań na badania kontrolne;

6) art. 477¹⁰ § 2 k.p.c., przez jego błędną interpretację i zastosowanie w sytuacji, kiedy odwołująca została pozbawiona przez organ rentowy prawa do złożenia odwołania od wskazanej przez Sąd decyzji z dnia 3 lutego 2016 r., w której rzekomo odmówiono jej prawa do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego, podczas gdy w toku postępowania już przed Sądem pierwszej instancji bezspornie wykazano, iż nie doręczono odwołującej tej decyzji, a sama decyzja została wydana przez organ rentowy już po złożeniu przez odwołującą odwołania od decyzji z dnia 12 listopada 2015 r., co więcej również przedmiotowa decyzja z 3 lutego 2016 r. wydana została przez pracownika, którego upoważnienie do jej wydania wygasło wraz z uchynieniem Statutu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z 2008 r., w konsekwencji czego decyzja ta obarczona była wadą nieważności w rozumieniu opisu art. 156 § 1 pkt 2 k.p.a., nieusuwalną w toku postępowania sądowego.

Skarżąca podniosła następujące zarzuty naruszenia przepisów prawa materialnego:

7) art. 59 ust. 6 ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby lub macierzyństwa, przez jego niewłaściwe zastosowanie skutkujące uznaniem, iż odwołująca uniemożliwiła lekarzowi orzecznikowi przeprowadzenie badania kontrolnego mającego na celu potwierdzenie zasadności wydanego zwolnienia lekarskiego, podczas gdy w rzeczywistości nie można mówić o świadomym, celowym czy też cechującym się złą wolą działaniu odwołującej, gdyż odbierała ona z placówki pocztowej wszelką kierowaną do mej korespondencje w ustawowo przewidzianym terminie;

8) art. 36 ust. 13 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, przez jego błędne zastosowanie i utożsamienie adresu zameldowania na stałe miejsce pobytu, adresu zamieszkania i adresu do korespondencji z adresem

wskazanym lekarzowi jako miejsce pobytu w czasie niezdolności do pracy - na podstawie § 5 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 27 lipca 1999 r. w sprawie szczególnych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych - co skutkowało błędnym uznaniem, iż odwołująca przez częste zmiany miejsce pobytu uniemożliwiała lekarzowi orzecznikowi przeprowadzenie badania kontrolnego, podczas gdy w rzeczywistości postępowała zgodnie z powołanym przepisem, zawiadamiając Zakład Ubezpieczeń Społecznych o każdorazowej zmianie swojego miejsca pobytu oraz adresu do korespondencji;

9) § 9 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kontroli prawidłowości wykonywania zwolnień lekarskich od pracy oraz formalnej kontroli zaświadczeń lekarskich, w związku z art. 17 ust. 1 ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby lub macierzyństwa, przez błędne uznanie, iż brak sporządzenia przez organ rentowy protokołów z kontroli wykorzystania przez odwołującą zwolnień lekarskich, skutkujący uniemożliwieniem jej odniesienia się do prawidłowości prób przeprowadzenia tej kontroli, nie wpłynął na prawidłowość oceny rzekomych działań i zaniechań odwołującej przy próbach osobistego doręczenia jej wezwań na badania co doprowadziło do pozbawienia jej prawa do zasiłku chorobowego za wskazane okresy zwolnień lekarskich;

10) art. 6 ust. 1 pkt 1 i 2 w związku z art. 22 ust. 1 ustawy z 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, przez ich błędne zastosowanie, z uwagi na fakt odstąpienia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych od sporządzenia karty wypadku wobec braku ustalenia, czy w wyniku zdarzenia doszło do urazu spowodowanego przyczyną zewnętrzną, co skutkowało wydaniem decyzji z 3 lutego 2016 r. odmawiającej A. S. prawa do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego, od której została pozbawiona możliwości odwołania się wskutek braku doręczenia jej odwołującej, a która to decyzja została wydana już po wszczęciu postępowania zainicjowanego wniesieniem odwołania od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z 12 listopada 2015 r.;

11) art. 24 ust. 6a w związku z art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, przez ich błędne zastosowanie i w konsekwencji uznanie, że doszło do przerwania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od dnia 9 sierpnia 2013 r., podczas gdy w rzeczywistości po dokonaniu przez odwołującą wpłaty w czerwcu 2013 r., a następnie korekty deklaracji, powstała nadpłata podlegająca z urzędu zaliczeniu na poczet zaległych bądź bieżących składek.

Uzasadniając wniosek o przyjęcie skargi kasacyjnej do rozpoznania skarżąca podniosła również występowanie w niniejszej sprawie istotnego zagadnienia prawnego, które w jej ocenie zasadza się na konieczności rozstrzygnięcia problematyki prawnej przyznawania przez organ rentowy zasiłku chorobowego z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, w sytuacji kiedy odwołująca złożyła wniosek o przyznanie zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego.

Skarżąca wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku oraz poprzedzającego go wyroku Sądu Rejonowego oraz decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z 12 listopada 2015 r. i przekazanie sprawy Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych do ponownego rozpoznania oraz orzeczenie o kosztach procesu za wszystkie instancje.

W odpowiedzi na skargę kasacyjną organ rentowy wniósł o odrzucenie skargi kasacyjnej, w przypadku przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania o jej oddalenie oraz o zasądzenie od skarżącej na rzecz organu rentowego kosztów postępowania kasacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna rozpoznawana w niniejszej sprawie nie jest zasadna. Sąd Najwyższy, poza przypadkiem nieważności postępowania, rozpoznaje sprawę w granicach skargi kasacyjnej. Oznacza to, że zakres jego kognicji wyznacza zasięg zaskarżenia wyroku sądu drugiej instancji oraz podstawy skargi kasacyjnej. W rozpoznawanej sprawie skarga kasacyjna została oparta na występowaniu istotnego zagadnienia prawnego (art. 398⁹ § 1 pkt 1 k.p.c.) oraz z uwagi na oczywistą zasadność skargi (art. 398⁹ § 1 pkt 4 k.p.c.) i zbudowana na obydwu podstawach

kasacyjnych z art. 398³ § 1 pkt 1 i 2 k.p.c. Skarżąca zarzuca zaskarżonemu wyrokowi uchybienia procesowe oraz materialne. Kumulacja podstaw wymusza w pierwszej kolejności ocenę procesowych uchybień, jakie zostały podniesione w skardze kasacyjnej.

Odnosząc się do zarzutów naruszenia prawa procesowego należy zauważyć, że podniesienie w skardze kasacyjnej zarzutu naruszenia przepisów postępowania, nawet uzasadnione, jest niewystarczające do skuteczności w tym zakresie skargi kasacyjnej. Pomiędzy rozstrzygnięciem sądu a naruszeniem przepisów procesowych musi zachodzić związek przyczynowy. Skarżący musi zatem w skardze kasacyjnej wykazać, że wytknięte w niej uchybienie procesowe miało lub mogło mieć istotny wpływ na wynik sprawy. Strona skarżąca, przy pomocy zarzutów naruszenia przepisów postępowania, powinna zmierzać do wykazania, że wadliwość procedowania przez sąd drugiej instancji była na tyle istotna, że doprowadziła do błędnego zastosowania przepisu (przepisów) prawa materialnego będącego podstawą rozstrzygnięcia zawartego w zaskarżonym orzeczeniu. Zarzuty naruszenia przepisów postępowania nie mogą być celem samym w sobie, lecz muszą służyć wykazaniu błędnego zastosowania przepisu (przepisów) prawa materialnego, który stanowi rzeczywistą podstawę prawną rozstrzygnięcia (postanowienie Sądu Najwyższego z 10 marca 2021 r., II USK 92/21, LEX nr 3220000).

W pierwszej kolejności należy odnieść się do najdalej idącego zarzutu braku upoważnienia pracownika organu rentowego do wydania zaskarżonej decyzji w sytuacji, gdy wygasło ono wraz z uchYLENIEM Statutu ZUS z 2008 r., a w konsekwencji zaskarżona decyzja była obarczona wadą nieważności w rozumieniu art. 156 § 1 pkt 2 k.p.a. nieusuwalną w toku postępowania sądowego (punkt 1). Skarżąca wywodzi, iż wydana przez organ rentowy decyzja z 12 listopada 2015 r., będąca przedmiotem postępowania odwoławczego, jest nieważna, ponieważ została podpisana przez pracownika ZUS, którego upoważnienie do wydawania decyzji administracyjnych wygasło w związku z uchYLENIEM Statutu ZUS. W ocenie Sądu Najwyższego zarzut jest niezasadny.

Sąd Najwyższy przypomina, że zgodnie z art. 123 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2023 r., poz. 1230) w sprawach uregulowanych ustawą stosuje się przepisy Kodeksu

postępowania administracyjnego, chyba że ustawa stanowi inaczej. Ponadto konieczność stosowania przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego w postępowaniu przed Zakładem Ubezpieczeń Społecznych wynika też bezpośrednio z przepisu art. 180 § 1 k.p.a., w świetle którego w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych stosuje się przepisy kodeksu, chyba że przepisy dotyczące ubezpieczeń ustalają odmienne zasady postępowania w tych sprawach. Jednakże podkreślenia wymaga, że od momentu wniesienia odwołania do sądu rozpoznawana sprawa staje się sprawą cywilną, podlegającą rozstrzygnięciu na podstawie reguł właściwych dla tej kategorii, a odwołanie pełni rolę pozwu. Postępowanie w sprawach z zakresu prawa ubezpieczeń społecznych koncentruje się zatem na wadach wynikających z naruszenia prawa materialnego (zob. Sądu Najwyższego z 7 kwietnia 2010 r., II UZP 3/10 (OSNP 2010 nr 17-18, poz. 217). W uchwale Sądu Najwyższego z 23 marca 2011 r. w sprawie I UZP 3/10 (OSNP 2011 nr 17-18, poz. 233) uznano, że od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (organu rentowego) wydanej na podstawie art. 83a ust. 2 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych w przedmiocie nieważności decyzji przysługuje odwołanie do właściwego sądu pracy i ubezpieczeń społecznych. Przy czym wyposażenie sądu ubezpieczeń społecznych w kompetencję merytorycznego rozstrzygania spraw ubezpieczenia społecznego ("Sąd oddala odwołanie" albo "orzeka co do istoty sprawy") dotyczy każdej sprawy, także sprawy wynikającej z odwołania od decyzji w przedmiocie unieważnienia decyzji, o której mowa w art. 83a ust. 2 ustawy systemowej. W rozpoznawanej sprawie kluczowe jest, że zarzut czyniony przez Skarżącą pojawia się dopiero w skardze kasacyjnej. Nie był on podniesiony w apelacji, co oznacza, że sąd rozpoznał apelację skarżącej w sposób prawidłowy tj. zgodnie z art. 378 § 1 k.p.c. Podnoszenie na obecnym etapie zarzutów procesowych, które nie były przedmiotem badania przez sąd okręgowy należy uznać za niedopuszczalne i spóźnione. Do skutecznego podniesienia zarzutu naruszenia prawa procesowego konieczne jest ponadto wcześniejsze wyknięcie naruszonych przepisów procesowych w toku postępowania sądowego w trybie art. 162 k.p.c.

W orzecnictwie Sądu Najwyższego występuje pogląd, że w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych sąd drugiej instancji może - stosownie do art. 477^{14a} k.p.c. - uchylając wyrok Sądu drugiej instancji, uchylić także objętą nim

decyzję organu rentowego i przekazać sprawę bezpośrednio temu organowi do ponownego rozpoznania. Przepis ten służy rozwiązywaniu sytuacji, w których - ze względu na zakres kompetencji sądu ubezpieczeń społecznych - przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania sądowi pierwszej instancji nie może doprowadzić do usunięcia uchybień popełnionych przez organ rentowy. Stosowany jest wówczas, gdy konieczne jest skasowanie decyzji organu rentowego i wydanie nowej, po przekazaniu sprawy organowi rentowemu do ponownego rozpoznania, w tym przeprowadzenia prawidłowego postępowania przed tym organem - uwzględniającego wszelkie wymagania wynikające z prawa materialnego. Nie chodzi przy tym o braki decyzji usuwalne przy wstępnym rozpoznaniu odwołania od decyzji (por. art. 476 § 4 *in fine* k.p.c.) ani wady wynikające z naruszenia przepisów postępowania regulujących postępowanie przed organem rentowym, np. przepisów k.p.a. Przy czym sąd ubezpieczeń społecznych może i powinien dostrzegać jedynie takie wady formalne decyzji administracyjnej, które decyzję tę dyskwalifikują w stopniu odbierającym jej cechy aktu administracyjnego (zob. postanowienie Sądu Najwyższego z 9 stycznia 2019 r., II UZ 34/18, LEX nr 2603563, postanowienie Sądu Najwyższego z 13 października 2020 r., II UZ 21/20, LEX nr 3080420).

Ponadto w uzupełnieniu powyższych rozważań należy podkreślić, że skoro nierozpoznanie istoty sporu przez Sąd pierwszej instancji uzasadnia zastosowanie art. 386 § 4 k.p.c., to posłużenie się dalej idącym art. 477^{14a} k.p.c. jest możliwe tylko wówczas, gdy organ rentowy minął się z sednem sporu. Oznacza to, że uchylenie decyzji organu rentowego jest dopuszczalne tylko wówczas, gdy nie doszło do przesądzenia wniosku złożonego przez ubezpieczonego (zob. postanowienie Sądu Najwyższego z 28 czerwca 2016 r., I UZ 11/16, LEX nr 2093748, postanowienie Sądu Najwyższego z 9 stycznia 2019 r., II UZ 34/18, LEX nr 2603563), bowiem przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania sądowi pierwszej instancji (art. 386 § 4 i 6 k.p.c.), tym bardziej połączone z "piętrowym" przekazaniem jej do ponownego rozpoznania bezpośrednio organowi rentowemu, które wymaga obligatoryjnego uchylenia zaskarżonej (poprzedzającej) uchylony wyrok sądu pierwszej instancji (art. 477^{14a} k.p.c.), powinno ograniczać się do sytuacji zupełnie nadzwyczajnych, w których ani organ rentowy, ani Sąd pierwszej instancji nie rozpoznali istoty odwołania, a jego zweryfikowanie wymaga dokonania istotnych ustaleń faktycznych i

prawidłowego zastosowania przepisów prawa materialnego. Co do zasady przez pojęcie "nierozpoznania istoty sprawy" należy rozumieć nierozstrzygnięcie żądań stron, czyli niezałatwienie przedmiotu sporu (zob. postanowienie Sądu Najwyższego z 28 marca 2017 r., II UZ 4/17, LEX nr 2273860). Takiej sytuacji nie stwierdza się w okolicznościach niniejszej sprawy.

Przenosząc rozważania na grunt rozpoznawanej sprawy w pierwszej kolejności trzeba zaznaczyć, że problem ważności upoważnienia pracownika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych był już przedmiotem oceny Sądu Najwyższego, który wypowiedział się, że decyzja podpisana przez pracownika organu na podstawie pełnomocnictwa wydanego w dacie Statutu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z 2008 r. a nieobowiązującego już w chwili podpisania decyzji, determinuje nieważność takiej decyzji, a w konsekwencji powinna skutkować uchyleniem wyroku i przekazaniem sprawy do ponownego rozpoznania organowi rentowemu (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 16 lutego 2016 r., I UK 84/15, LEX nr 2015628; wyrok Sądu Najwyższego z 18 września 2020 r., I UK 230/17, LEX nr 2559469; postanowienie Sądu Najwyższego z 13 września 2017 r., I UZ 24/17, LEX nr 3180300). W okolicznościach rozpoznawanej sprawy Sąd Najwyższy w składzie orzekającym w tej sprawie przyjmuje inne stanowisko, dzieląc jednocześnie argumentację organu rentowego, że zgodnie z ustawą o systemie ubezpieczeń społecznych (art. 66 ust. 4 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, jednolity tekst: Dz.U. z 2023 r., poz. 1230, dalej stosowany skrót. Ustawa systemowa) to Zakład Ubezpieczeń Społecznych, a nie jego Prezes, pełni funkcję organu administracji publicznej w znaczeniu przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego i to tylko w takim zakresie, w jakim na mocy ustawy został powołany do załatwiania w drodze decyzji administracyjnych należących do jego właściwości spraw indywidualnych. Przysługują mu środki prawne właściwe organom administracji państwowej (zob. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 14 grudnia 2006 r., II GSK 244/06, LEX nr 289923; wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 28 listopada 2005 r., II GSK 280/05, LEX nr 850239). W tym zakresie Zakład jest organem administracji publicznej w znaczeniu funkcjonalnym. Natomiast Prezes Zakładu, jego Zarząd, któremu przewodniczy z urzędu Prezes oraz Rada Nadzorcza, są zgodnie z art. 72 ustawy systemowej organami ZUS. Prezes -

jako organ Zakładu - działa więc w imieniu Zakładu, sygnuje decyzję Zakładu. Kompetencja Prezesa do udzielania upoważnień pracownikom Zakładu wynika z art. 73 ust.1 ustawy systemowej, a także ze Statutu, stanowiącego załącznik do rozporządzenia. Upoważnienie Prezesa do reprezentowania ZUS, w tym do podpisywania decyzji, jest unormowane w art. 73 ust. 1 ustawy systemowej. Pracownicy ZUS mogą natomiast wydawać decyzje w określonych sprawach na podstawie udzielonego im upoważnienia przez Prezesa Zakładu. Taki pracownik staje się w ten sposób podmiotem personifikującym ZUS jako organ, a nie pełnomocnikiem Prezesa ZUS. Przytoczony wyżej art. 73 ust. 1 ustawy systemowej przewiduje, że działalnością zakładu kieruje Prezes Zakładu, który reprezentuje Zakład na zewnątrz. Szczegółowe kompetencje Prezesa Zakładu wymienione zostały w art. 73 ust. 3 ustawy systemowej. Za przejaw takiej reprezentacji uznać trzeba upoważnienie przez Prezesa - zgodnie z postanowieniami Statutu - pracowników ZUS i innych osób do reprezentowania Zakładu w określonym przez niego zakresie, a także do wydawania decyzji w określonych przez niego sprawach (por. P. Kostrzewa, Komentarz do ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych LEX teza 1 do art. 73).

Zmiana stanu prawnego w 2011 r., to jest wydanie rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 13 stycznia 2011 r. w sprawie nadania statutu Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2011 r. Nr 18, poz. 93), zastępującego rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z 18 lutego 2008 r. w sprawie nadania Statutu Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 28, poz. 164), nie powinno wpływać na ważność i skuteczność upoważnień udzielonych przez Prezesa ZUS w 2008 r. Upoważnienia te zostały udzielone w imieniu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych nie zaś Prezesa ZUS. Osoby upoważnione otrzymywały w ten sposób kompetencję do wydawania decyzji za organ rentowy, przy czym podstawę normatywną do udzielania takich upoważnień stanowiły przede wszystkim przepisy rangi ustawowej, to jest art. 73 ust. 1 ustawy systemowej. Właśnie ten przepis, wskazujący na Prezesa jako organ Zakładu umocowany do kierowania jego działalnością i reprezentowania go - stanowił w istocie normatywne źródło kompetencji dla Prezesa do udzielania takich upoważnień, natomiast sam Statut, czyli akt niższej rangi w stosunku do przepisów ustawy, dookreślał jedynie sposób

jego realizacji. Rozporządzenie jako akt wykonawczy do ustawy, wydawany wyłącznie w granicach przewidzianej delegacji ustawowej, nie przekazywał Prezesowi jakichkolwiek dodatkowych kompetencji, których nie zastrzeżono dla niego w przepisach ustawy, w szczególności w zakresie kwestii ustrojowych. Wskazać należy, że przepisy rozporządzeń zawierają rozwiązania techniczno-organizacyjne, porządkujące i doprecyzowujące kwestie uregulowane w przepisach ustawy. Kompetencje organów pewne organizacyjne rozwiązania, które nie stanowią źródła kompetencji innej niż przewidziana w przepisach ustawy. Świadczy o tym również fakt, że w obu Statutach, to jest Statutach przyjętych rozporządzeniami z 2008 i 2011 r., kompetencje Prezesa ZUS zostały - w § 2 ust. 1 załączników do obu rozporządzeń - określone poprzez odesłanie do art. 73 ust. 3 ustawy systemowej, zaś w poszczególnych ustępach tych paragrafów dookreślono sposoby realizacji owych kompetencji, między innymi poprzez udzielanie stosownych upoważnień. Zmiana legislacyjna dokonana w 2011 r., zmieniająca jedynie podmiot upoważniony do wydania przedmiotowego rozporządzenia (z Prezesa Rady Ministrów na Ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego) nie spowodowała żadnych zmian w strukturze i ustroju samego Zakładu. Zachowano ustawowo wyodrębnione organy Zakładu oraz rozkład przypisanych im uprawnień i zadań. Nie doszło tym samym do jakiegokolwiek modyfikacji struktury ZUS, nie mówiąc już o bycie samego organu rentowego, która mogłaby pociągnąć za sobą wygaśnięcie wcześniej udzielonych upoważnień.

Wskazana przez skarżącą wada nieważności opisana w art. 156 § 2 k.p.a. dotyczy wydania decyzji z rażącym naruszeniem prawa. Mając na uwadze powyższe rozważania, należy także zasygnalizować, że "rażące naruszenie prawa" jest rozmaicie rozumiane w orzecznictwie i piśmiennictwie i należy do domeny sądów administracyjnych. Decyzja administracyjna może zostać uznana za wydaną „z rażącym naruszeniem prawa”, o którym mowa w art. 156 § 1 pkt 2 k.p.a., tylko wówczas, gdy w odniesieniu do niej spełnią się kumulatywnie następujące przesłanki: 1) oczywistość naruszenia prawa polegająca na widocznej *prima facie*, tzn. rzucającej się w oczy, sprzeczności pomiędzy treścią rozstrzygnięcia, a przepisem prawa stanowiącym jego podstawę prawną; 2) przepis, który został naruszony, nie wymaga przy jego stosowaniu wykładni prawa; 3) skutki, które wywołuje decyzja, są

nie do pogodzenia z wymaganiami praworządności, które należy chronić nawet kosztem obalenia tej decyzji (zob. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 lutego 2015 r., III UK 104/14, LEX nr 1678087). Przedmiotowa konstrukcja jest stosowana wyjątkowo przez sądy pracy i ubezpieczeń społecznych, ponieważ zasadniczo w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych sąd powszechny nie jest uprawniony do orzekania o nieważności decyzji administracyjnej na podstawie art. 156 § 1 pkt 2 k.p.a., ale rozpoznaje istotę sprawy (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 28 listopada 2017 r., III UK 271/16, OSNP 2018 nr 8, poz. 111).

Zarzuty naruszenia prawa procesowego wymienione w pkt 2-5 są chybione. Zarzuty dotyczą postępowania dowodowego przeprowadzonego przez sąd okręgowy mając na celu zakwestionowanie jego ustaleń i w gruncie rzeczy wykazanie nieprawidłowego zastosowania art. 231 § 1 k.p.c., art. 233 § 1 k.p.c. i art. 227 k.p.c. Należy mieć jednak na uwadze, że Sąd Najwyższy nie jest sądem faktów, lecz jest sądem prawa. Nie jest również sądem trzeciej instancji. Fakty w postępowaniu kasacyjnym nie podlegają badaniu, a stan faktyczny ustalony przez sąd jest dla Sądu Najwyższego wiążący na mocy art. 398¹³ § 2 k.p.c. (zob. np.: postanowienie Sądu Najwyższego z 21 stycznia 2021 r., III USK 28/21, LEX nr 3149733). Trzeba zatem podkreślić, że prawidłowość stosowania art. 231 k.p.c. (domniemanie faktyczne) należy do domeny ustalania podstawy faktycznej orzeczenia, w związku z tym nie może stanowić zarzutu kasacyjnego (art. 398³ § 3 k.p.c.). Związanie Sądu Najwyższego ustaleniami faktycznymi stanowiącymi podstawę zaskarżonego orzeczenia wyklucza też prowadzenie przez Sąd Najwyższy, na etapie postępowania kasacyjnego, dowodów służących ustaleniu stanu faktycznego, a powołanie nowych dowodów, stosownie do art. 398¹³ § 2 k.p.c. jest niedopuszczalne (zob. postanowienie Sądu Najwyższego z 22 sierpnia 2019 r., V CSK 469/18, LEX nr 2755960; postanowienie Sądu Najwyższego z 26 kwietnia 2018 r., IV CSK 578/17, LEX nr 2679039; wyrok Sądu Najwyższego: z 11 stycznia 2007 r., II CSK 400/06, LEX nr 610076; wyrok Sądu Najwyższego z 6 listopada 2013 r., IV CSK 119/13, LEX nr 1421819; wyrok Sądu Najwyższego z 9 października 2014 r., I CSK 544/14, LEX nr 1541040).

Zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. może stanowić uzasadnioną podstawę skargi kasacyjnej jedynie wyjątkowo. Wskazać należy, że wyłączenie w art. 398³ § 3

k.p.c. z podstaw skargi kasacyjnej zarzutów dotyczących oceny dowodów pozbawia skarżącego możliwości powoływania się na zarzut naruszenia zasady swobodnej oceny dowodów przewidzianej w art. 233 § 1 k.p.c. Przepis art. 398³ § 3 k.p.c. wprawdzie nie wskazuje *expressis verbis* konkretnych przepisów, których naruszenie, w związku z ustalaniem faktów i przeprowadzaniem oceny dowodów, nie może być przedmiotem zarzutów wypełniających drugą podstawę kasacyjną, nie budzi jednak wątpliwości, że obejmuje on art. 233 k.p.c., gdyż właśnie ten przepis określa kryteria oceny wiarygodności i mocy dowodów (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 12 lutego 2015 r., I UK 212/14, *Legalis* nr 1186765). Sąd Najwyższy nie dokonuje ponownej oceny wiarygodności i mocy zebranego materiału, lecz sprawdza prawidłowość wykorzystania przez sąd orzekający uprawnień przewidzianych w art. 233 § 1 k.p.c. Jeżeli wnioski wyprowadzone przez sąd orzekający z zebranego materiału dowodowego są logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, ocena tego sądu nie narusza art. 233 § 1 k.p.c. i musi się ostać, choćby z materiału tego dawały się wysnuć również wnioski odmienne. Tylko wówczas, gdy brakuje logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych związków przyczynowo - skutkowych, przeprowadzona przez sąd orzekający ocena dowodów może być skutecznie podważona (zob. postanowienie Sądu Najwyższego z 18 lipca 2002 r., IV CKN 1256/00, *Legalis* nr 61716; wyrok Sądu Najwyższego z 27 września 2002 r., II CKN 817/00, *Legalis* nr 59468).

W rozpoznawanej sprawie zarzut naruszenia art. 233 k.p.c. został powiązany z art. 227 k.p.c., w myśl którego sąd drugiej instancji orzeka na podstawie materiału zebranego w postępowaniu w pierwszej instancji oraz w postępowaniu apelacyjnym mającego istotne znaczenie dla rozpoznawanej sprawy. Przepis ten ma charakter ogólnej dyrektywy określającej istotę postępowania apelacyjnego jako kontynuację merytorycznego rozpoznania sprawy. Dla skuteczności zarzutu naruszenia przez sąd rozpoznający sprawę normy prawnej uregulowanej w tym przepisie konieczne jest wykazanie, że sąd przeprowadził dowód na okoliczności (fakty), które nie miały istotnego znaczenia w sprawie, a ponadto wykazanie, że ta wadliwość postępowania dowodowego mogła mieć wpływ na wynik sprawy albo gdy sąd odmówił

przeprowadzenia dowodu na fakty mające istotne znaczenie w sprawie, wadliwie oceniając, iż nie mają one takiego charakteru. Może zatem stanowić usprawiedliwioną podstawę skargi kasacyjnej, jeżeli skarżący wykaże, że sąd drugiej instancji bezpodstawnie pominął część zebranego materiału oraz że uchybienie to mogło mieć wpływ na wynik sprawy (zob. wyroki Sądu Najwyższego: z 21 marca 2018 r., V CSK 215/17, LEX nr 2500431; z 4 października 2012 r., I CSK 124/12, LEX nr 1250552; z 11 lipca 2012 r., II CSK 677/11, LEX nr 1228438; oraz postanowienie Sądu Najwyższego z 15 lutego 2012 r., I PK 130/11, LEX nr 1215258).

W doktrynie wskazuje się, że przedmiotem dowodu są fakty istotne dla rozstrzygnięcia sprawy; istotność ta wynika z przedmiotu postępowania i wiąże się z twierdzeniami faktycznymi stron. Powoływane fakty powinny mieć znaczenie prawne. Selekcji faktów dokonuje sąd, uwzględniając zasadę prawdy materialnej i zasadę kontradyktoryjności. W ostatecznym wyniku istotność faktu jest oceniana przez sąd z punktu widzenia prawa materialnego. Istotność faktów wiąże się również z podstawą faktyczną powództwa (por. art. 187 § 1 k.p.c.). Uzasadniając powództwo, powód subiektywnie określa stan faktyczny sprawy. Będzie on wtedy przedmiotem dowodu, jeżeli dotyczy okoliczności, które z punktu widzenia prawa materialnego mają istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy; istotne znaczenie mają zaś te fakty, które odpowiadają hipotezom tych przepisów prawa materialnego, które mają zastosowanie w sprawie (T. Ereciński [w:] P. Grzegorzczak, J. Gudowski, K. Markiewicz, M. Walasik, K. Weitz, T. Ereciński, *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Tom II. Postępowanie rozpoznawcze*, LEX/el. 2022, art. 227).

W rozpoznawanej sprawie skarżąca jako okoliczności uzasadniające zarzuty wskazuje dokonanie przez sąd oceny materiału dowodowego (zeznań świadków dokumentacji medycznej) w sposób dowolny a nie swobodny, sprzeczny z zasadami doświadczenia życiowego a w odniesieniu do art. 227 k.p.c. również pominięcie jako istotnych w sprawie dokumentów świadczących o interwencjach odwołującej na Policji w związku ze zgłoszeniami szkód na posesji w S. stanowiącej jej własność, podczas gdy w jej ocenie jest to istotny dowód uzasadniający częste zmiany miejsca zamieszkania i pobytu w okresie korzystania ze zwolnień lekarskich, na które organ rentowy powołuje się jako na rzekome działanie odwołującej mające na celu udaremnienie doręczenia jej wezwań na badania kontrolne. Należy podkreślić, że

Sąd I instancji dokonał w większości prawidłowych ustaleń faktycznych, które następnie sąd okręgowy zaaprobował i przyjął za własne. Części z nich nie podzielił i dokonał własnych ustaleń uzupełniając postępowanie dowodowe. Obszerność postępowania dowodowego i zarzuty zawarte w apelacji odwołującej wymagały w drugiej instancji uzupełnienia ustaleń faktycznych dotyczących przebiegu postępowania przed organem rentowym a ponadto ponownej ich oceny i odniesienia się do przedmiotu postępowania, co też sąd okręgowy uczynił. W uzasadnieniu zaskarżonego wyroku sąd okręgowy obszernie i dokładnie uzasadnił kolejność i potrzebę przeprowadzenia kolejnych czynności dowodowych, sposób oceny poszczególnych dowodów zarówno w odniesieniu do ustaleń dokonanych przez Sąd I instancji jak i własnych. Sąd uzasadnił również sposób i przyczyny selekcji dowodów, dlaczego dał wiarę określonym środkom dowodnym, a z jakich powodów inne uznał za niewiarygodne. Sąd wyjaśnił również dlaczego oddalił dowód z dokumentów interwencji Policji na posesji skarżącej jako nieistotny w sprawie. Argumentacja sądu jest logiczna i przekonująca, postępowanie dowodowe zostało przeprowadzone prawidłowo z zachowaniem reguł kodeksu postępowania cywilnego.

W ocenie Sądu Najwyższego chybiony jest również zarzut naruszenia art. 477¹⁰ § 2 k.p.c., którym skarżąca wskazuje na jego błędną interpretację i zastosowanie przez sąd w sytuacji, kiedy została pozbawiona przez organ rentowy prawa do złożenia odwołania od decyzji z 3 lutego 2016 r. (zarzut pkt 6). Przypomnieć należy, że w myśl art. 476 § 2 k.p.c. w sprawie z odwołania od decyzji organu rentowego, jej treść wyznacza przedmiot i zakres rozpoznania oraz orzeczenia sądu pracy i ubezpieczeń społecznych. Odwołanie pełni rolę pozwu, a jego zasadność ocenia się na podstawie właściwych przepisów prawa materialnego. Z tym rozwiązaniem koresponduje treść art. 477¹⁴ § 1 i 2 k.p.c. Zgodnie z tym przepisem sąd oddala odwołanie, jeżeli nie ma podstaw do jego uwzględnienia, a w razie uwzględnienia odwołania sąd zmienia zaskarżoną decyzję w całości lub w części i orzeka co do istoty sprawy (por. E. Stefańska [w:] *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz aktualizowany. Tom I. Art. 1-477(16)*, red. M. Manowska, LEX/el. 2022, art. 477¹⁴). Z powyższego wynika, że sąd nie dysponuje możliwością dowolnego kształtowania rozstrzygnięcia merytorycznego. Jest związany decyzją i w razie

zamiaru jej zmiany nie może orzec o tym, o czym dana decyzja nie rozstrzyga (zob. wyroki Sądu Najwyższego: z 23 kwietnia 2010 r., II UK 309/09, LEX nr 604210; z 7 kwietnia 2011 r., I UK 357/10, LEX nr 863946; wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 23 stycznia 2020 r., III AUa 414/19, LEX nr 2932375). Przeniesienie sprawy na drogę sądową przez wniesienie odwołania od decyzji organu rentowego ogranicza się do okoliczności uwzględnionych w decyzji, a pomiędzy stronami spornych. Poza tymi okolicznościami spór sądowy istnieć nie może, gdyż w postępowaniu przed sądem odwołujący żądać może jedynie korekty stanowiska zajętego przez organ rentowy odnosząc się do przedmiotu sporu objętego zaskarżoną decyzją, nie może natomiast żądać czegoś, o czym organ rentowy nie decydował. Odwołanie wnoszone do sądu ubezpieczeń społecznych nie ma bowiem charakteru samodzielnego żądania, a jeśli takie zostanie w odwołaniu zgłoszone, sąd ma obowiązek przekazać to żądanie do rozpatrzenia organowi rentowemu na podstawie art. 477¹⁰ § 2 k.p.c. (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 9 września 2010 r., II UK 84/10, LEX nr 661518). Przedmiotem postępowania w niniejszej sprawie jest decyzja z 12 listopada 2015 r., co zostało dokładnie wyjaśnione w trakcie postępowania dowodowego przez sąd okręgowy (zob. str. 24 uzasadnienia zaskarżonego wyroku).

Podobnie analiza treści kasacyjnych zarzutów naruszenia przepisów prawa materialnego podniesionych w skardze prowadzi do konstatacji, że sprowadzają się one w istocie do wskazania błędów w ustaleniach stanu faktycznego oraz oceny dowodów dokonanej przez Sąd drugiej instancji.

Zarzut sformułowany w pkt. 7) jest niezasadny. Skarżąca zarzuca sądowi okręgowemu nieprawidłową wykładnię art. 59 ust. 6 ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (jednolity tekst: Dz.U. z 2023 r., poz. 2780) (dalej: ustawa zasiłkowa) poprzez jego niewłaściwe zastosowanie skutkujące uznaniem, że odwołująca uniemożliwiła lekarzowi orzecznikowi przeprowadzenie badania kontrolnego mającego na celu potwierdzenie zasadności wydanego zwolnienia lekarskiego, podczas gdy w rzeczywistości nie można mówić o świadomym, celowym czy też cechującym się złą wolą działaniu odwołującej, gdyż odbierała ona z placówki pocztowej wszelką kierowaną do niej korespondencję w ustawowo przewidzianym terminie. W ocenie Sądu Najwyższego sąd drugiej instancji, odnosząc się do treści

art. 59 ust. 6 ustawy zasiłkowej, zasadnie przyjął, że ustawodawca posługując się terminem "uniemożliwia" wskazuje na rzeczywisty cel wprowadzenia przepisu o utracie ważności zaświadczenia lekarskiego, tj. na zastosowanie go do takich przypadków, kiedy ubezpieczony swoim zachowaniem doprowadza do nieprzeprowadzenia badania kontrolnego. Przy czym sposób ustalenia tego zachowania należy do domeny ustaleń faktycznych i sfery dowodów przeprowadzanych w postępowaniu dowodowym, które nie są przedmiotem postępowania kasacyjnego.

Nota bene, termin: „uniemożliwia przeprowadzenie badań”, którym ustawodawca posługuje się w przepisie art. 59 ust. 6, jest również analizowany w doktrynie. W piśmiennictwie wskazuje się, że przez uniemożliwienie badania należy rozumieć sytuacje, w których na skutek postawy ubezpieczonego niemożliwie jest przeprowadzenie badania. Przykładowo uniemożliwia badanie ubezpieczony prawidłowo zawiadomiony o jego terminie, który nie stawia się na badanie w ogóle, oraz ubezpieczony, który stawia się na nie, ale nie wyraża zgody na jego przeprowadzenie(...), skutkiem uniemożliwienia badania lub niedostarczenia przez ubezpieczonego posiadanych wyników badań w terminie jest utrata przez zaświadczenie lekarskie ważności od dnia następującego po terminie badania lub terminie dostarczenia wyników badań. Skutek ten następuje automatycznie. Ponieważ w tym przypadku utrata ważności zaświadczenia lekarskiego nie następuje na skutek stwierdzenia niewystąpienia zdarzenia losowego uprawniającego do zasiłku, wydaje się, że skutki utraty ważności zaświadczenia lekarskiego powinny wywierać wpływ wyłącznie na prawo do zasiłku za okres stwierdzonej nim niezdolności do pracy (zob. K. Stopka [w:] *Świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Komentarz*, Warszawa 2022, art. 59).

Przechodząc do zarzutów sformułowanych w punkcie 8 i 9) Sąd Najwyższy zauważa, że są to zarzuty dotyczące bezpośrednio sfery faktów i dowodów, a nie błędnej wykładni prawa materialnego. Wobec tego zgodnie z treścią art. 398³ § 3 k.p.c., nie mogą stanowić podstawy skargi kasacyjnej. Naruszenie prawa materialnego będące następstwem błędnej jego wykładni polega na mylnym zrozumieniu treści zastosowanego przepisu, czyli jest wynikiem błędnego rozumienia poszczególnego zwrotu lub treści i tym samym znaczenia całego przepisu,

poszczególnego zwrotu zawartego w treści zastosowanego przepisu. Tę postać naruszenia prawa materialnego można zatem określić jako nadanie przez sąd orzekający innego znaczenia treści zastosowanego – w rozstrzygniętym sporze – przepisu prawa (por. K. Sadowski, 5. *Podstawy skargi kasacyjnej i sposób ich formułowania* [w:] *Skarga kasacyjna. Zażalenie do Sądu Najwyższego na podstawie art. 394¹ § 1¹ k.p.c.*, red. D. Kotłowski, Warszawa 2016), (zob. też wyrok Sądu Najwyższego z 24 maja 2000 r., II UKN 573/99, LEX nr 161332; postanowienie Sądu Najwyższego z 11 kwietnia 1997 r., I CKN 80/97, LEX nr 518085; wyrok Sądu Najwyższego z 23 października 2014 r., ICSK 651/13, LEX nr 1523333) Takiej sytuacji nie stwierdza się w rozpoznawanej sprawie w odniesieniu do w/w zarzutów.

Skarżąca podnosząc zarzuty naruszenia przepisów prawa: naruszenia art. 36 ust. 13 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, przez jego błędne zastosowanie i utożsamienie adresu zameldowania na stałe miejsce pobytu, adresu zamieszkania i adresu do korespondencji z adresem wskazanym lekarzowi jako miejsce pobytu w czasie niezdolności do pracy; § 9 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kontroli prawidłowości wykonywania zwolnień lekarskich od pracy oraz formalnej kontroli zaświadczeń lekarskich, w związku z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby lub macierzyństwa, polemizuje z ustaleniami stanu faktycznego dokonanymi toku postępowania dowodowego i oceną dowodów dokonanej przez sąd okręgowy.

Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Sądu Najwyższego, zarzut naruszenia prawa materialnego może być odnoszony tylko do stanu faktycznego stanowiącego podstawę zaskarżonego orzeczenia i nie może służyć do pośredniego kwestionowania ustaleń faktycznych ani nie może się opierać na własnej wersji stanu faktycznego, ani też nie może stanowić płaszczyzny do polemiki z ustaleniami faktycznymi sądu drugiej instancji (zob. postanowienie Sądu Najwyższego z 7 grudnia 2011 r., II CSK 604/10, LEX nr 1103623; wyrok Sądu Najwyższego z 19 stycznia 2012 r., IV CSK 303/11, LEX nr 1131136). W tym zakresie ustalenia faktyczne zostały przeprowadzone przez sąd drugiej instancji i znalazły szczegółowe uzasadnienie w zaskarżonym wyroku.

W odpowiedzi na zarzut pkt 10), naruszenia art. 6 ust. 1 pkt 1 i 2 w związku z art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, Sąd Najwyższy zwraca uwagę, że zarzut ten wykracza poza granice przedmiotu rozpoznania w niniejszej sprawie ponieważ dotyczy kwestii uregulowanych w decyzji z 3 lutego 2016 r., co zostało ustalone w trakcie postępowania przed sądem drugiej instancji. W tym zakresie odpowiedź została udzielona już wyżej (zob. pkt 6 odpowiedź na zarzut naruszenia art. 477¹⁰ § 2 k.p.c.).

Zarzut wymieniony w pkt. 11) jest podobnej natury do zarzutów opisanych w pkt 8) i 9). Skarżąca podnosi naruszenie art. 24 ust. 6a w związku z art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych, przez ich błędne zastosowanie i w konsekwencji uznanie, że doszło do przerwania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od dnia 9 sierpnia 2013 r. jednakże wywód znowu stanowi polemikę z ustaleniami faktycznymi dokonany przez sąd okręgowy. Należy przy tym zwrócić uwagę na niedopuszczalność przedkładania na etapie postępowania kasacyjnego nowych dowodów w sprawie, co zostało dokonane przez odpowiadającego na skargę w niniejszym piśmie. Sąd kasacyjny jest związany bowiem ustaleniami faktycznymi i dokonany przez sąd drugiej instancji.

W ostatnim punkcie skargi kasacyjnej skarżąca powołała się na art. 398⁴ § 2 w zw. z art. 398⁹ § 1 pkt 1 k.p.c. uzasadniający wniosek o przyjęcie skargi kasacyjnej do rozpoznania w związku z występowaniem w sprawie istotnego zagadnienia prawnego.

Zagadnienie prawne jest to problem, który wiąże się z określonym przepisem prawa materialnego lub procesowego, którego wyjaśnienie ma znaczenie nie tylko dla rozstrzygnięcia innych podobnych spraw, ale także dla rozstrzygnięcia konkretnej, jednostkowej sprawy (por. postanowienie Sądu Najwyższego z 2 marca 2012 r., I PK 158/11, LEX nr 1215116). Wskazanie zagadnienia prawnego powinno nastąpić przez określenie przepisów prawa, w związku z którymi zostało sformułowane, i wskazanie argumentów, które prowadzą do rozbieżnych ocen. Dopiero wówczas Sąd Najwyższy ma podstawę do oceny, czy przedstawione zagadnienie jest rzeczywiście zagadnieniem "prawnym" oraz czy jest to zagadnienie "istotne" (postanowienia Sądu Najwyższego: z 23 marca 2012 r., II PK 284/11, LEX nr 1214575; z 13 sierpnia

2002 r., I PKN 649/01, OSNP 2004 nr 9, poz. 158; z 14 lutego 2003 r., I PK 306/02, Wokanda 2004 nr 7-8, s. 51; z 11 kwietnia 2012 r., III SK 41/11, LEX nr 1238126; z 31 stycznia 2013 r., II CSK 479/12, LEX nr 1293729). Obowiązkiem skarżącego jest wywiedzenie i uzasadnienie występującego w sprawie problemu w sposób zbliżony do tego, jaki przewidziany jest przy przedstawianiu zagadnienia prawnego przez sąd odwoławczy na podstawie art. 390 § 1 k.p.c. Skarżąca nie dopełniła tych wymogów w skardze. Wskazując na wystąpienie w zagadnień prawnych, nie dookreśliła ich istoty czy koncepcji skupionej wokół istotnego zagadnienia prawnego ograniczając się tylko do ogólnego nakreślenia problemów tj.: „konieczności rozstrzygnięcia problematyki prawnej przyznawania przez organ rentowy zasiłku chorobowego z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, w sytuacji kiedy odwołująca złożyła wniosek o przyznanie zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego” oraz potrzeby „przeanalizowania możliwości wydania przez organ rentowy decyzji odmawiającej prawa do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego w toku toczącego się - ukierunkowanego przez organ-postępowania o prawo do zasiłku z ubezpieczenia społecznego z tytułu choroby i macierzyństwa, jak również pozbawienia możliwości odwołania się od przedmiotowej decyzji z uwagi na brak dowodu jej doręczenia (...)”.

Sąd Najwyższy rozstrzygający w niniejszej sprawie ocenia, że skarga kasacyjna nie zawiera w swej treści istotnego zagadnienia prawnego, a odpowiedzi na zadane przez skarżącą pytania można poszukiwać w dorobku juredycznym i w doktrynie. Odpowiedzi na sformułowane pytania zostały zresztą udzielone w toku postępowania przed sadem drugiej instancji i znalazły się w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku. W orzecznictwie Sądu Najwyższego dookreśla się, że "istotność zagadnienia prawnego konkretyzuje się tym, że w danej sprawie występuje zagadnienie prawne mające znaczenie dla rozwoju prawa lub znaczenie precedensowe dla rozstrzygnięcia innych podobnych spraw" (tak postanowienie Sądu Najwyższego z 9 marca 2018 r., I CSK 691/17).

Trzeba mieć na względzie, że skarga kasacyjna nie jest środkiem zaskarżenia przysługującym od każdego rozstrzygnięcia sądu II instancji kończącego postępowanie w sprawie. Jest ona szczególnym środkiem zaskarżenia i realizacji interesu publicznego w sprawowaniu wymiaru sprawiedliwości. Służy ona bowiem

kontroli prawidłowości stosowania prawa, nie będąc narzędziem weryfikacji trafności ustaleń faktycznych, leżących u podstaw zaskarżonego kasacją orzeczenia.

Odnosząc się do zarzutów kasacyjnych, Sąd Najwyższy uznał je za pozbawione podstaw. W istocie stanowią one polemikę z wywodami Sądu Okręgowego, nie zawierając przy tym racjonalnych argumentów, które mogłyby podważyć trafność zaskarżonego orzeczenia. Kierując się przedstawionymi argumentami, na podstawie art. 398¹⁴ k.p.c. orzeczono jak w sentencji.

[SOP]

[ms]