



Sygn. akt III USKP 137/21

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 25 sierpnia 2022 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Katarzyna Gonera (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Bohdan Bieniek

SSN Józef Iwulski

w sprawie z odwołania R. M.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w Legnicy

o zasiłek chorobowy,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń
Społecznych w dniu 25 sierpnia 2022 r.,

skargi kasacyjnej organu rentowego od wyroku Sądu Okręgowego - Sądu Pracy i
Ubezpieczeń Społecznych w Legnicy

z dnia 12 marca 2020 r., sygn. akt V Ua 7/20, V Uz 2/20,,

oddala skargę kasacyjną.

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Legnicy, decyzją z 27 marca 2019 r., wydaną na podstawie art. 84 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych w związku z art. 17 i art. 66 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, odmówił ubezpieczonemu R. M.

prawa do zasiłku chorobowego za okresy: od 22 kwietnia 2017 r. do 25 kwietnia 2017 r., od 28 kwietnia 2017 r. do 7 maja 2017 r., od 30 czerwca 2017 r. do 19 lipca 2017 r. oraz od 20 października 2017 r. do 22 października 2017 r. (pkt 1), ponadto ustalił podstawę wymiaru zasiłku chorobowego w wysokości 2.207,13 zł za okres od 23 grudnia 2017 r. do 27 grudnia 2017 r., od 17 stycznia 2018 r. do 23 stycznia 2018 r., od 14 kwietnia 2018 r. do 17 kwietnia 2018 r., od 31 maja 2018 r. do 3 czerwca 2018 r., od 23 czerwca 2018 r. do 1 lipca 2018 r. (pkt 2) oraz zobowiązał ubezpieczonego do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego wraz z odsetkami w łącznej wysokości 13.719,23 zł (pkt 3).

W uzasadnieniu swojej decyzji organ rentowy argumentował, że w czasie zwolnienia lekarskiego ubezpieczony prowadził działalność gospodarczą, co potwierdzają wystawione przez niego w tym okresie paragony za wykonanie usług. W związku z tym zasiłek chorobowy za okresy wymienione w decyzji jest świadczeniem nienależnym i podlega zwrotowi wraz z odsetkami. Dodatkowo organ rentowy na nowo ustalił podstawę wymiaru świadczeń i wyliczył nienależnie pobrany zasiłek podlegający do zwrotowi.

Od tej decyzji odwołał się ubezpieczony R. M.. W uzasadnieniu odwołania zakwestionował decyzję zobowiązującą go do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego. Wyjaśnił, że w pierwszym dniu zwolnienia, czyli 28 kwietnia 2017 r., faktycznie przyjął w prywatnym gabinecie lekarskim dwóch pacjentów, pierwszego o godz. 10.25, drugiego o godz. 11.04. W tym dniu miał umówionych dalszych pacjentów, a po południu miał świadczyć usługi medyczne w przychodni L., w ramach kontraktu z tą przychodnią. Po przyjęciu drugiego pacjenta doznał silnego ataku kamicy nerkowej, w związku z czym odwołał kolejne wizyty i udał się do lekarza, od którego otrzymał zwolnienie lekarskie od tego samego dnia (28 kwietnia 2017 r.) z uwagi na konieczność usprawiedliwienia nieobecności w przychodni. Przyjmując rano pacjentów, nie zdawał sobie sprawy, że będzie miał atak kamicy, który jest atakiem nagłym i bardzo bolesnym, uniemożliwiającym normalne funkcjonowanie i pracę.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Legnicy w odpowiedzi na odwołanie wniósł o jego oddalenie.

Sąd Rejonowy w Legnicy, wyrokiem z 17 grudnia 2019 r., zmienił zaskarżoną decyzję organu rentowego w ten sposób, że przyznał ubezpieczonemu prawo do zasiłku chorobowego za okresy od 22 kwietnia 2017 r. do 25 kwietnia 2017 r., od 29 kwietnia 2017 r. do 7 maja 2017 r., od 30 czerwca 2017 r. do 19 lipca 2017 r. oraz od 20 października 2017 r. do 22 października 2017 r. oraz ustalił, że nie jest on zobowiązany do zwrotu pobranego za ten okres świadczenia. W pozostałym zakresie Sąd Rejonowy oddalił odwołanie ubezpieczonego oraz orzekł o kosztach procesu.

Sąd Rejonowy ustalił, że ubezpieczony ma 46 lat i jest lekarzem medycyny. Prowadzi własną działalność gospodarczą w postaci indywidualnej praktyki lekarskiej, w ramach której przyjmuje pacjentów także w przychodni L. na podstawie kontraktu. W związku z tą działalnością podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Od kilku lat ubezpieczony choruje na kamicę układu moczowego. Kilkukrotnie przechodził ataki tej choroby. Zna jej przebieg i sposoby postępowania w czasie ataku oraz procedurę dalszego leczenia.

W dniu 28 kwietnia 2017 r. w ramach prowadzonej działalności ubezpieczony przyjmował od rana w prywatnym gabinecie lekarskim umówionych wcześniej pacjentów. Pierwszego pacjenta przyjął o godz. 10.25, kolejnego o godz. 11.04. Po wizycie drugiego pacjenta poczuł nagły atak kamicy nerkowej. Natychmiast odwołał kolejne wizyty i udał się do lekarza rodzinnego, który już wcześniej prowadził leczenie choroby wnioskodawcy. Lekarz rodzinny wystawił ubezpieczonemu zwolnienie lekarskie od 28 kwietnia 2017 r. do 7 maja 2017 r. Ubezpieczony upomniał się o wystawienie zwolnienia od tego samego dnia (a nie od dnia następnego) z uwagi na konieczność usprawiedliwienia swojej nieobecności w pracy w przychodni L. w godzinach popołudniowych tego dnia. Następnie tego samego dnia został zawieziony przez żonę do kliniki NZOZ U. w W. na zabieg kruszenia kamienia moczowodowego metodą ESWL.

Na podstawie opinii biegłego sądowego z zakresu urologii Sąd Rejonowy ustalił, że ubezpieczony nie mógł przewidzieć chwili wystąpienia ataku kolki nerkowej w przebiegu kamicy układu moczowego. Atak bólu tej choroby jest nagły. Ból kolkowy jest zwykle bardzo silny, o zmiennym natężeniu. Taki charakter bólu uniemożliwia normalne funkcjonowanie, w tym pełnienie obowiązków zawodowych.

Zwykle natężenie bólu wymaga podania mocnych leków przeciwbólowych i rozkurczowych, które ten ból zniwelują lub złagodzą do czasu wdrożenia leczenia przyczynowego, likwidującego przyczynę bólu.

W ustalonym stanie faktyczny Sąd Rejonowy uznał, że odwołanie zasługuje na uwzględnienie.

Ubezpieczony prowadzi działalność gospodarczą polegającą na świadczeniu usług medycznych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej. Poza sporem było wykonywanie przez niego tych usług w dniu 28 kwietnia 2017 r. rano (do czasu ataku kamicy nerkowej) i otrzymanie przez niego wynagrodzenia za te usługi (od dwóch pacjentów).

Istotą sporu było to, czy w czasie orzeczonej niezdolności do pracy w okresie objętym decyzją organu rentowego (od 28 kwietnia 2017 r. do 7 maja 2017 r.) ubezpieczony prowadził działalność gospodarczą, tj. czy wykonywał w tym czasie usługi lekarskie. Potwierdzenie tej okoliczności mogłoby bowiem uzasadniać przypuszczenie, że wykorzystał zwolnienie lekarskie w sposób nieodpowiedni, w postaci wykonywania pracy zarobkowej w czasie orzeczonej niezdolności do pracy.

Postępowanie dowodowe wykazało, że istotnie ubezpieczony w dniu 28 kwietnia 2017 r. przyjmował od rana pacjentów. Osoby te zostały przyjęte w godzinach przedpołudniowych, co potwierdza czas wystawienia paragonów fiskalnych (o godz. 10.25 i 11.04). Dopiero po przyjęciu dwóch pacjentów ubezpieczony doznał silnego ataku kolki nerkowej, co sprawiło, że musiał odwołać kolejne wizyty, udać się niezwłocznie do lekarza rodzinnego, a w godzinach popołudniowych do kliniki urologicznej we Wrocławiu w celu przeprowadzenia zabiegu kruszenia kamieni nerkowych. Prawdziwość zeznań ubezpieczonego została potwierdzona wynikami opinii biegłego z zakresu urologii, który wyjaśnił, że atak kamicy nerkowej jest nagły, bez symptomów uprzedzających, zaś ból jest bardzo silny, uniemożliwiający wykonywanie obowiązków pracowniczych. Postępowanie dowodowe wykazało zatem, że do chwili nagłego ataku choroby ubezpieczony był zdolny do pracy i wykonywał swoje obowiązki zawodowe. Po ataku kamicy nerkowej lekarz rodzinny wystawił mu zwolnienie lekarskie, które – chociaż obejmowało cały dzień – niewątpliwie dotyczyło czasu od chwili ataku bólu, powodującego powstanie niezdolności do pracy. W czasie porannego

przyjmowania pacjentów ubezpieczony był zatem zdolny do pracy i miał prawo pobrać z tego tytułu wynagrodzenie za świadczoną usługę medyczną.

Odnosząc się do kwestii prawnych, Sąd Rejonowy stwierdził, że kluczowe znaczenie dla oceny prawidłowości zaskarżonej decyzji organu rentowego miała wykładnia art. 17 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Z przepisu tego wynika bowiem, że ubezpieczony wykonujący w okresie orzeczonej niezdolności do pracy pracę zarobkową lub wykorzystujący zwolnienie od pracy w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia traci prawo do zasiłku chorobowego za cały okres zwolnienia. Wymienione przyczyny utraty prawa do zasiłku chorobowego mają charakter niezależny. Wystarczające do utraty prawa do zasiłku jest więc ustalenie, że w czasie orzeczonej niezdolności do pracy ubezpieczony wykonywał „pracę zarobkową”, nie jest już natomiast niezbędne jednoczesne badanie, czy praca ta była niezgodna z celem zwolnienia lekarskiego. Zgodnie z art. 17 ust. 3 tej ustawy okoliczności, o których mowa w ust. 1, ustala się w trybie określonym w art. 68. Ten z kolei przepis stanowi, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest uprawniony do kontrolowania ubezpieczonych co do prawidłowości wykorzystywania zwolnień od pracy zgodnie z ich celem oraz jest upoważniony do formalnej kontroli zaświadczeń lekarskich. Zgodnie z art. 66 ustawy wypłatę zasiłku wstrzymuje się, jeżeli prawo do zasiłku ustało albo okaże się, że prawo takie w ogóle nie istniało, a jeżeli świadczenie zostało pobrane nienależnie z winy ubezpieczonego lub wskutek okoliczności, o których mowa w art. 15-17 i art. 59 ust. 6 i 7, wypłacone kwoty podlegają potrąceniu z należnych ubezpieczonemu zasiłków bieżących oraz z innych świadczeń z ubezpieczeń społecznych lub ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

Z kolei art. 84 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych w ust. 1 stanowi, że osoba, która pobrała nienależne świadczenie z ubezpieczeń społecznych, jest obowiązana do jego zwrotu, wraz z odsetkami. Za kwoty nienależnie pobranych świadczeń uważa się: 1) świadczenia wypłacone mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty w całości lub w części, jeżeli osoba pobierająca świadczenie była pouczona o braku prawa do ich pobierania; 2) świadczenia przyznane lub wypłacone na podstawie

nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzania w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia (ust. 2).

Podstawowym warunkiem uznania, że wypłacone świadczenie podlega zwrotowi jest brak prawa do świadczenia oraz świadomość tego (zła wiara) osoby przyjmującej to świadczenie, płynąca ze stosownego pouczenia przez organ rentowy bądź wynikająca z określonych zachowań osoby pobierającej świadczenie. W przepisach prawa następuje połączenie obu tych elementów w samej definicji „świadczenia nienależnie pobranego”, a więc w prawie ubezpieczeń społecznych „świadczenie nienależnie pobrane” to nie tylko „świadczenie nienależne” (obiektywnie wypłacane bez podstawy prawnej), lecz także „nienależnie pobrane”, a więc pobrane przez osobę, której można przypisać określone cechy dotyczące stanu świadomości (woli) lub określone działania (zaniechania).

Interpretując przytoczone przepisy w odniesieniu do ustalonego stanu faktycznego, Sąd Rejonowy zauważył, że w art. 17 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa ustawodawca w sposób jednoznaczny przyjął, że przesłanką utraty prawa do zasiłku chorobowego przez ubezpieczonego jest, oprócz wykonywania pracy zarobkowej w okresie orzeczonej niezdolności do pracy, wykorzystywanie zwolnienia od pracy w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia. Przepis ten ma charakter represyjny, stąd powinien być wykładany ściśle. Zdaniem Sądu Rejonowego, okoliczność taka występuje wówczas, gdy ubezpieczony swoim działaniem powoduje pogorszenie swojego stanu zdrowia bądź też jego działania opóźniają lub utrudniają powrót do zdrowia, narażając go na dłuższą rekonwalescencję bądź rehabilitację.

W ocenie Sądu Rejonowego, ustalony stan faktyczny nie potwierdził takiego działania ubezpieczonego. Nie zostało bowiem wykazane, że ubezpieczony wykonywał pracę zarobkową w czasie niezdolności do pracy. Brak jest zatem wystarczających dowodów potwierdzających wykorzystywanie przez niego zwolnienia lekarskiego od pracy w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia.

Sąd Rejonowy uznał, że organ rentowy nie wykazał, aby ubezpieczonemu nie przysługiwało prawo do zasiłku chorobowego za okresy ujęte w decyzji, a w

szczegółności że wykonywał on działalność zarobkową w okresie pobierania zasiłku chorobowego bądź wykorzystywał zwolnienie lekarskie w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia. Nie wykazano istnienia przesłanek z art. 17 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz z art. 84 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. W związku z tym należało orzec, że ubezpieczonemu przysługuje prawo do zasiłku chorobowego za okresy ujęte w zaskarżonej decyzji oraz że nie ma on obowiązku zwrotu wypłaconych mu świadczeń.

W ocenie Sądu, wobec braku jakiegokolwiek winy ubezpieczonego w zakresie pobierania zasiłku chorobowego za sporny okres, a także wobec ciągłości w podleganiu dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, niezasadnie organ rentowy dokonał ustalenia niższej podstawy wymiaru zasiłku chorobowego za kolejne okresy, co z kolei wiązało się z wyliczeniem zasiłku chorobowego do zwrotu. Wobec dokonanych ustaleń i przyznania prawa do zasiłku chorobowego za sporny okres, brak jest podstawy do nakładania na ubezpieczonego obowiązku zwrotu pobranego zasiłku w wysokości 13.719,23 zł wraz z odsetkami.

Sąd Rejonowy dostrzegł jednak kwestię otrzymania przez ubezpieczonego wynagrodzenia za pracę w dniu 28 kwietnia 2017 r. i jednocześnie wypłaconego mu za ten dzień zasiłku chorobowego. Sąd uwzględnił wyjaśnienia ubezpieczonego, że zależało mu na wystawieniu zwolnienia lekarskiego od tego dnia, aby usprawiedliwić nieobecność w przychodni L. w godzinach popołudniowych. Sąd podkreślił, że rolą zasiłku chorobowego jest rekompensata nieosiągniętych (utraconych na skutek zachorowania) zarobków. Tym samym pracownikowi nie może za ten sam dzień przysługiwać wynagrodzenie oraz zasiłek chorobowy. Ubezpieczony podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu działalności pozarolniczej – wykonywania indywidualnej praktyki lekarskiej. Okoliczność, że wykonywał ją, przyjmując pacjentów w ramach kontraktu zawartego z przychodnią L., nie zmienia faktu zarabkowania przez część dnia w czasie zdolności do pracy w związku z prowadzeniem prywatnej praktyki lekarskiej. Ubezpieczony nie nabył zatem prawa do zasiłku chorobowego za dzień 28 kwietnia 2017 r., gdyż za ten dzień otrzymał wynagrodzenie w ramach prowadzonej

działalności. Problem ten nie dotyczy natomiast pozostałych dni okresu objętego zaskarżoną decyzją.

W ocenie Sądu Rejonowego, organ rentowy może co najwyżej domagać się od ubezpieczonego zwrotu zasiłku chorobowego jedynie za dzień 28 kwietnia 2017 r. i tylko w tym zakresie Sąd oddalił odwołanie, uwzględniając je w całości w pozostałej części.

Z uwagi na to, że nie zostały spełnione przesłanki uzasadniające pozbawienie ubezpieczonego prawa do zasiłku chorobowego za pozostałe okresy, Sąd Rejonowy zmienił zaskarżoną decyzję organu rentowego i przyznał ubezpieczonemu R. M. prawo do zasiłku chorobowego za sporne okresy z wyłączeniem jedynie 28 kwietnia 2017 r.

Apelację od wyroku Sądu Rejonowego wniósł organ rentowy, zarzucając naruszenie prawa materialnego przez błędną wykładnię art. 1 ust. 1, art. 6 ust. 1, art. 11 ust. 4, art. 17 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 2019 r., poz. 645, dalej: ustawa zasiłkowa) w wyniku przyznania ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego za okresy wymienione w wyroku Sądu Rejonowego, w sytuacji gdy jego zwolnienie lekarskie obejmowało okres od 28 kwietnia 2017 r. do 7 maja 2017 r. a ubezpieczony bezspornie 28 kwietnia 2017 r. wykonywał czynności związane z prowadzeniem działalności gospodarczej. Zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ubezpieczony wykonujący w okresie orzeczonej niezdolności do pracy pracę zarobkową traci prawo do zasiłku chorobowego za okres tego zwolnienia. Ponadto organ rentowy zarzucił w apelacji naruszenie art. 84 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2017 r., poz. 1778; dalej: ustawa systemowa) przez bezzasadne przyjęcie, że ubezpieczony nie jest zobowiązany do zwrotu zasiłków pobranych za okresy objęte zaskarżoną decyzją.

Organ rentowy wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie odwołania, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Rejonowemu.

W odpowiedzi na apelację organu rentowego ubezpieczony wniósł o jej oddalenie.

Sąd Okręgowy w Legnicy, wyrokiem z 12 marca 2020 r., zmienił zaskarżony wyrok w całości oraz poprzedzającą go decyzję organu rentowego w punkcie 3. w ten sposób, że ustalił, iż ubezpieczony nie jest zobowiązany do zwrotu wskazanej w tym punkcie kwoty 13.719,23 zł (pkt I), w pozostałej części oddalił odwołanie i apelację (pkt II) oraz zniósł między stronami koszty postępowania za pierwszą i drugą instancję (pkt IV).

W uzasadnieniu tego wyroku (wygłoszonym i poddanym następnie transkrypcji) Sąd Okręgowy stwierdził, że apelacja okazała się częściowo zasadna, a to przede wszystkim ze względu na specyfikę utworzonego w sprawie układu procesowego, który polegał na niesłusznym oddaleniu odwołania wnioskodawcy w zakresie prawa do zasiłku chorobowego za jeden dzień, to jest 28 kwietnia 2017 r., niezaskarżeniu w tej części wyroku Sądu Rejonowego przez wnioskodawcę, co skutkowało uprawomocnieniem się w tym zakresie zarówno wyroku Sądu Rejonowego, jak i zaskarżonej decyzji ZUS, wniesieniem apelacji tylko przez ZUS i wynikającym z art. 384 k.p.c. zakazem *reformationis in peius*. Apelacja *de facto* osadza się na zarzucie związanym z konsekwencjami oddalenia przez Sąd Rejonowy odwołania w części dotyczącej prawa wnioskodawcy do zasiłku chorobowego za ten właśnie dzień, to jest 28 kwietnia 2017 r. W ocenie ZUS-u spowodowało to skutek w postaci ustania ubezpieczenia chorobowego wnioskodawcy, jako przedsiębiorcy, z powodu opłacenia składki za ten miesiąc w zaniżonej wysokości, braku prawa wnioskodawcy do zasiłku chorobowego za okres od 22 kwietnia do 22 października 2017 r., i konieczność ustalenia na nowo podstawy wymiaru zasiłków od 23 grudnia 2017 r. Argumentacja ZUS-u okazała się w tej części trafna, ze względu na układ procesowy skutkujący uprawomocnieniem się zaskarżonej decyzji ZUS w zakresie braku prawa wnioskodawcy do zasiłku chorobowego za jeden dzień, wskazany już wcześniej 28 kwietnia 2017 r.

Sąd Okręgowy nie podzielił poglądu Sądu Rejonowego o braku prawa do świadczenia za ten dzień, ale ze względu na zakaz orzekania na niekorzyść strony wnoszącej apelację, nie mógł dać temu procesowego wyrazu przez korektę w tym

zakresie wyroku Sądu Rejonowego. Sąd Okręgowy zaznaczył, że z niezakwestionowanych ustaleń faktycznych wynika, że wnioskodawca, prowadzący prywatną praktykę lekarską, w dniu 28 kwietnia 2017 r. przyjął w godzinach porannych dwóch pacjentów, po czym ze względu na nagły atak kamicy nerkowej zmuszony był do skorzystania z wizyty lekarskiej. Wnioskodawca uzyskał zwolnienie lekarskie obejmujące ten dzień, o co zresztą słusznie zabiegał ze względu na konieczność usprawiedliwienia swojej nieobecności w godzinach popołudniowych w przychodni L., z którą miał podpisany kontrakt w ramach swojej lekarskiej działalności gospodarczej. Sąd Rejonowy uznał, że wnioskodawcy, ze względu na fakt zarobkowania przez część dnia, nie może przysługiwać zasiłek chorobowy za ten dzień. Ustawa zasiłkowa nie zawiera regulacji w zakresie takiego stanu faktycznego. Ustawa ta nie przewiduje możliwości wypłaty zasiłku chorobowego za część dnia, na który została orzeczona niezdolność do pracy z powodu choroby. W tym zakresie apelacja zawiera trafne argumenty. Oceniając zatem taki stan faktyczny, trzeba odwołać się do wykładni celowościowej i funkcjonalnej. Taka wykładnia przyświecała z pewnością organowi rentowemu, który w stanowisku Departamentu Zasiłków z 4 sierpnia 2010 r. w sprawie możliwości wypłacenia zasiłku chorobowego proporcjonalnie za część dnia uznał, że w sytuacji, w której pracownik po przepracowaniu części dnia udał się do lekarza, lekarz wystawił zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby rozpoczynającej się od tego samego dnia, przy czym pracownik za przepracowaną część dnia otrzymał od pracodawcy wynagrodzenie, przepis art. 12 ust. 1 ustawy zasiłkowej nie ma zastosowania i za ten dzień pracownik ma prawo do zasiłku chorobowego. Takie słuszne podejście interpretacyjne należy, w przekonaniu Sądu Okręgowego, zastosować także w stanie faktycznym niniejszej sprawy, dotyczącej wnioskodawcy jako podmiotu gospodarczego. Do takiego rozwiązania przekonuje także cel zasiłku chorobowego, jakim jest rekompensata utraconych dochodów. Wnioskodawca bowiem niewątpliwie utracił taki dochód. Po pierwsze, w ramach prywatnej praktyki lekarskiej przyjmując jedynie dwóch pacjentów przed atakiem kamicy nerkowej. Po drugie, w ramach kontraktu planowanych przyjęć popołudniowych tego samego dnia w przychodni L.. W tej sytuacji wnioskodawca miał pełne prawo do uzyskania zasiłku chorobowego za

dzień 28 kwietnia 2017 r. Odmienny pogląd Sądu Rejonowego był błędny, ale wobec wskazanego wyżej układu procesowego na etapie postępowania odwoławczego nie mógł zostać skorygowany. Skutkowało to uznaniem prawidłowości rozstrzygnięcia zawartego w punkcie pierwszym i drugim zaskarżonej decyzji ZUS. To, że wskazane tam zasiłki chorobowe okazały się ostatecznie nienależne, co skutkowało uznaniem prawidłowości ustalonej na nowo podstawy wymiaru tych zasiłków, czyli punkt drugi decyzji ZUS, w żadnym razie nie oznacza jednak obowiązku zwrotu przez wnioskodawcę uzyskanych z tego tytułu kwot w ogóle albo w postaci różnicy ich wysokości ze względu na zastosowanie niższej podstawy ich wymiaru. W żaden bowiem sposób nie można uznać za trafne argumenty skarżącego organu rentowego co do spełnienia w niniejszej sprawie przesłanek pozwalających uznać uzyskane przez wnioskodawcę świadczenia za nienależnie pobrane w rozumieniu art. 84 ustawy systemowej. Nienależność tych zasiłków wynika ze wskazanej wyżej konieczności procesowej uznania braku prawa wnioskodawcy do zasiłku za jeden dzień, to jest 28 kwietnia 2017 r., co nie oznacza jednak, że były to świadczenia nienależnie pobrane w rozumieniu powołanego art. 84 ustawy systemowej.

W tym zakresie trafne są wywody zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku co do konstrukcji pojęcia nienależnie pobranych świadczeń, w szczególności co do świadomości i złej woli świadczeniobiorcy i braku złej woli wnioskodawcy w niniejszej sprawie, w zakresie braku prawa do świadczenia i nienależności jego pobrania. Sąd Okręgowy argumenty te podzielił, nie widząc potrzeby ich powtarzania na tym etapie sprawy. Apelacja nie była w stanie tych argumentów zakwestionować, tym bardziej że przywoływane w apelacji orzeczenie Sądu Najwyższego z 26 lipca 2017 r., I UK 287/16, wydane zostało w zupełnie odmiennym stanie faktycznym, w którym po uzyskaniu zaświadczenia lekarskiego pracownik, w okresie już orzeczonej niezdolności do pracy, świadczył pracę. W niniejszej sprawie sekwencja wydarzeń była odwrotna. W dniu 28 kwietnia 2017 r. wnioskodawca najpierw wykonywał czynności w ramach swej działalności gospodarczej – przyjął dwóch pacjentów, po czym poczuł się źle, zaprzestał świadczenia swych czynności, uzyskał zaświadczenie lekarskie o niezdolności do pracy obejmujące ten dzień, a to ze względu na konieczność usprawiedliwienia

niezdolności w ramach kontraktu z przychodnią L. i już w tym dniu oraz w całym dalszym okresie zwolnienia lekarskiego pracy zarobkowej nie wykonywał. Nie można zatem w żadnej mierze uznać, że wnioskodawca wprowadził w błąd organ rentowy co do okoliczności warunkujących powstanie prawa do zasiłku chorobowego. Z tych przyczyn apelacja, w zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia Sądu Rejonowego odnośnie do punktu trzeciego decyzji podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

Skargę kasacyjną od wyroku Sądu Okręgowego wniósł organ rentowy, zaskarżając wyrok w części objętej punktem I, stanowiącym o braku obowiązku zwrotu kwoty 13.719,23 zł.

Skargę kasacyjną oparto na podstawach: 1) naruszenia prawa materialnego – art. 84 ust. 1 i 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych; 2) naruszenia przepisów postępowania – art. 387 § 2 w związku z art. 328 § 2 k.p.c. (obecnie art. 327¹ k.p.c.).

Skarżący wniósł o uchylenie wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu.

W uzasadnieniu podstaw skargi kasacyjnej organ rentowy zakwestionował przede wszystkim sposób sporządzenia uzasadnienia zaskarżonego wyroku, podnosząc, że zmiana wyroku Sądu pierwszej instancji wymagała sporządzenia rzetelnego uzasadnienia ze wskazaniem podstawy prawnej adekwatnej do treści zmienionego wyroku, popartej orzecznictwem. Wzmianka w transkrypcji o akceptacji wyroku Sądu Rejonowego w przedmiocie świadomości (braku złej woli) świadczeniobiorcy nie była wystarczająca i nie może być prawnie zaakceptowana. Rolą Sądu drugiej instancji, zmieniającego częściowo wyrok Sądu pierwszej instancji, było rzetelne uzasadnienie zagadnienia w odmiennym stanie faktycznym i prawnym.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

1. Skarżący (organ rentowy) słusznie krytykuje w skardze kasacyjnej sposób sporządzenia uzasadnienia wyroku Sądu drugiej instancji, jednakże krytyka ta nie jest wystarczająca do uwzględnienia skargi.

Sąd Okręgowy nie sporządził pisemnego uzasadnienia wyroku, lecz wygłosił uzasadnienie bezpośrednio po odczytaniu sentencji, po czym nagranie z wygłoszenia zostało poddane transkrypcji. Jest to dopuszczona przez prawo forma sporządzenia uzasadnienia, równorzędna z formą pisemną. Należy z niej jednak korzystać świadomie i z pewną powściągliwością, krytycznie rozważając taką możliwość zwłaszcza w sprawach o rozbudowanym stanie faktycznym, wielowątkowych, skomplikowanych prawnie, z udziałem licznych podmiotów (stron) oraz kumulacją przedmiotową licznych roszczeń. Podobnie powściągliwie powinien z tej formy sporządzenia uzasadnienia korzystać sąd drugiej instancji, jeżeli nie oddała apelacji, lecz orzeka reformatoryjnie, czyli uwzględnia apelację w całości lub w części. Rozpoznawana sprawa jest przykładem wadliwego sporządzenia przez Sąd odwoławczy uzasadnienia w formie jego wygłoszenia, a następnie transkrypcji. Należy podzielić w tym zakresie krytyczne uwagi skarżącego. Problemy z prawidłowym stosowaniem przez sądy tej formy sporządzania uzasadnienia orzeczenia nie są nowe i znalazły już odzwierciedlenie w orzecznictwie Sądu Najwyższego (por. druzgocącą krytykę przeprowadzoną przez Sąd Najwyższy w postanowieniu z 18 listopada 2015 r., III CSK 237/15, OSNC 2016 nr 4, poz. 52).

W obecnym stanie prawnym (od 7 listopada 2019 r.) art. 331¹ k.p.c. przewiduje możliwość wygłoszenia uzasadnienia wyroku sądu, utrwalenia go za pomocą urządzenia rejestrującego dźwięk albo obraz i dźwięk, a następnie poddania go transkrypcji. Zgodnie z tym przepisem, uzasadnienie może być wygłoszone po ogłoszeniu wyroku i utrwalone za pomocą urządzenia rejestrującego dźwięk albo obraz i dźwięk (§ 1), w takim przypadku nie podaje się odrębnie zasadniczych powodów rozstrzygnięcia, a zamiast pisemnego uzasadnienia wyroku sporządza się transkrypcję wygłoszonego uzasadnienia (§ 2), przy czym do transkrypcji wygłoszonego uzasadnienia stosuje się odpowiednio przepisy o pisemnym uzasadnieniu wyroku (§ 3). Podobną regulację zawierały przed 7 listopada 2019 r. art. 328 § 1¹ k.p.c. i art. 329 k.p.c.

Wygłoszenie uzasadnienia wyroku – zamiast sporządzenia pisemnego uzasadnienia – wymaga respektowania przepisów o pisemnym uzasadnieniu wyroku (art. 331¹ § 3 k.p.c.). Stanowi to bezpośrednie odwołanie do art. 327¹ § 1 k.p.c., co oznacza, że wygłoszone uzasadnienie wyroku sądu powinno zawierać: 1) wskazanie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia, obejmującej ustalenie faktów, które sąd uznał za udowodnione, dowodów, na których się oparł, i przyczyn, dla których innym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej; 2) wyjaśnienie podstawy prawnej wyroku z przytoczeniem przepisów prawa. Przepis ten (art. 327¹ § 1 k.p.c.) ma odpowiednie zastosowanie także do wygłoszonego uzasadnienia wyroku sądu drugiej instancji (art. 391 § 1 k.p.c.).

Prawo przewiduje możliwość pewnych uproszczeń w konstrukcji uzasadnienia orzeczenia sądu drugiej instancji. Ograniczenia co do wskazania podstawy faktycznej oraz wyjaśnienia podstawy prawnej – wynikające z art. 387 § 2¹ k.p.c., który reguluje konstrukcję uzasadnienia wyroku sądu drugiej instancji – mają zastosowanie przede wszystkim w przypadku wydania przez sąd odwoławczy wyroku oddalającego apelację, czyli do sytuacji, w której sąd odwoławczy akceptuje ustalenia faktyczne i oceny prawne sądu pierwszej instancji, nie wprowadzając do nich istotnych zmian czy korekt. Zgodnie z tym przepisem w uzasadnieniu wyroku sądu drugiej instancji: 1) wskazanie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia może ograniczyć się do stwierdzenia, że sąd drugiej instancji przyjął za własne ustalenia sądu pierwszej instancji, chyba że sąd drugiej instancji zmienił lub uzupełnił te ustalenia; jeżeli sąd drugiej instancji przeprowadził postępowanie dowodowe lub odmiennie ocenił dowody przeprowadzone przed sądem pierwszej instancji, uzasadnienie powinno także zawierać ustalenie faktów, które sąd drugiej instancji uznał za udowodnione, dowodów, na których się oparł, i przyczyn, dla których innym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej; 2) wyjaśnienie podstawy prawnej wyroku z przytoczeniem przepisów prawa powinno objąć ocenę poszczególnych zarzutów apelacyjnych, a poza tym może ograniczyć się do stwierdzenia, że sąd drugiej instancji przyjął za własne oceny sądu pierwszej instancji.

Uzasadnienie zaskarżonego wyroku nie spełnia opisanych wymagań dotyczących koniecznych elementów konstrukcyjnych tego istotnego aktu jurysdykcyjnego sądu. Nie zawiera ani wskazania podstawy faktycznej rozstrzygnięcia, obejmującej ustalenie faktów, które sąd uznał za udowodnione, dowodów, na których się oparł, i przyczyn, dla których innym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej, ani stwierdzenia, że sąd drugiej instancji przyjął za własne ustalenia sądu pierwszej instancji – nie wiadomo zatem, czy Sąd drugiej instancji zmienił lub uzupełnił ustalenia Sądu pierwszej instancji, czy też przyjął je w całości za własne. Wskazanie podstawy faktycznej było konieczne ze względu na wydanie wyroku reformatoryjnego, czyli zmieniającego wyrok Sądu pierwszej instancji w istotny sposób. Podobne zastrzeżenia można zgłosić do wyjaśnienia w zaskarżonym wyroku podstawy prawnej jego wydania, z przytoczeniem i omówieniem przepisów prawa (materialnego) w kontekście wydania wyroku reformatoryjnego. Rozważania prawne są przy tym chaotyczne. Gdyby Sąd Okręgowy zdecydował się na uzasadnienie pisemne, zamiast wygłoszenia uzasadnienia i poddania go następnie transkrypcji, z pewnością tych wad konstrukcyjnych oraz pewnej niejasności dałoby się uniknąć.

Warto w tym miejscu przypomnieć, jakie oczekiwania kieruje Sąd Najwyższy wobec reformatoryjnego wyroku sądu drugiej instancji. Według Sądu Najwyższego, sąd drugiej instancji, uwzględniając apelację i wydając orzeczenie reformatoryjne, ma obowiązek samodzielnie ustalić stan faktyczny i dokonać ponownie oceny całokształtu materiału dowodowego (wyrok z 19 listopada 2015 r., V CSK 130/15, LEX nr 1943241). Uzasadnienie wyroku sądu drugiej instancji, w którym nie wskazano wyraźnie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia, chociażby przez zaakceptowanie ustaleń poczynionych przez sąd pierwszej instancji, jest dotknięte rażącym uchybieniem procesowym mogącym mieć wpływ na wynik sprawy, gdyż rozstrzygnięcie co do istoty sprawy jest pozbawione podstawy faktycznej (wyrok z 6 kwietnia 2016 r., IV CSK 465/15, LEX nr 2087122). Wyrok sądu drugiej instancji, którego uzasadnienie zostało sporządzone – z wyjątkiem przewidzianym w art. 387 § 2¹ k.p.c. – z pominięciem wskazania podstawy faktycznej rozstrzygnięcia, ograniczone – jak w systemie rewizyjnym – do ustosunkowania się do zarzutów apelacyjnych, jest dotknięte rażącym uchybieniem, mającym wpływ na wynik

sprawy, gdyż orzeczenie merytoryczne jest pozbawione podstawy faktycznej rozstrzygnięcia (wyrok z 11 maja 2016 r., I CSK 326/15, LEX nr 2096150). Sąd drugiej instancji, oddalając apelację na podstawie materiału zebranego w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji, nie musi powtarzać dokonanych przez ten sąd ustaleń faktycznych i może poprzestać na stwierdzeniu, że ustalenia sądu pierwszej instancji podziela w całości lub w części i uznaje za własne. Nie może to jednak pozostawać w sferze domysłów, lecz musi jednoznacznie wynikać z uzasadnienia sądu drugiej instancji (wyrok z 14 lutego 2014 r., II CSK 288/13, LEX nr 1477474).

Przedstawione rozważania prowadzą do wniosku, że należy zgodzić się ze skarżącym co do tego, że uzasadnienie Sądu Okręgowego nie spełnia opisanych wymagań konstrukcyjnych, skoro bowiem do transkrypcji wygłoszonego uzasadnienia stosuje się odpowiednio przepisy o pisemnym uzasadnieniu wyroku (art. 331¹ § 3 k.p.c.), to powinno ono spełniać wymagania konstrukcyjne określone w art. 327¹ k.p.c., w szczególności wynikające z jego § 1, co jest istotne, gdyż strony powinny znać dokładne przyczyny, dla których sąd wydał rozstrzygnięcie o określonej treści. Ma to nie tylko znaczenie procesowe (pozwala na przeprowadzenia kontroli prawidłowości rozstrzygnięcia przez sąd kasacyjny), lecz ponadto wpływa na zaufanie do organów państwa (w tym przypadku do rzetelnego rozpoznania sprawy przez sąd). W innej sprawie niż obecna zarzut naruszenia art. 327¹ k.p.c. (w związku z art. 331¹ § 3 k.p.c.) oraz art. 387 § 2 k.p.c. w związku z art. 328 § 2 k.p.c. (obecnie art. 327¹ k.p.c.) mógłby zostać uznany za zasadny, stanowiąc o zasadności skargi kasacyjnej, jednak nie w tym przypadku.

Zgodnie bowiem z art. 398³ § 1 pkt 2 k.p.c. zarzut naruszenia przepisów postępowania jest skuteczny tylko wtedy, gdy takie uchybienie mogło mieć istotny wpływ na wynik sprawy, co z reguły rzadko się zdarza w przypadku błędów uzasadnienia wyroku, które jest sporządzane już po wydaniu orzeczenia, a więc jego wadliwe sporządzenie raczej nie może mieć wpływu na treść orzeczenia. Jedynie w przypadku takich uchybień w sporządzeniu uzasadnienia wyroku, które uniemożliwiają Sądowi Najwyższemu kontrolę co do tego, czy prawo materialne i procesowe zostały prawidłowo zastosowane przez sąd drugiej instancji, zarzut naruszenia omawianych przepisów postępowania może okazać się skuteczny (zob.

np. wyroki Sądu Najwyższego: z 21 grudnia 2000 r., IV CKN 216/00, LEX nr 52526; z 28 lutego 2006 r., III CSK 149/05 LEX nr 182956; z 4 października 2012 r., I CSK 632/11, LEX nr 1228532). Taka sytuacja nie ma miejsca w rozpoznawanej sprawie, gdyż ostatecznie zaskarżony wyrok odpowiada prawu.

2. W skardze kasacyjnej zarzucono naruszenie art. 84 ust. 1 i 2 ustawy systemowej. Zarzut ten jest nieuzasadniony i dlatego skarga kasacyjna została oddalona. Przepis ten miałby zastosowanie tylko wówczas, gdyby świadczenia wypłacone ubezpieczonemu (zasiłki chorobowe z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego) zostały przez niego pobrane nienależnie w rozumieniu tego przepisu. Tak jednak nie było.

Słusznie Sądy obu instancji ustaliły i oceniły, że brak jest podstaw do nałożenia na ubezpieczonego obowiązku zwrotu wypłaconych mu zasiłków chorobowych za okresy szczegółowo opisane w zaskarżonej decyzji organu rentowego. Nie można przyjąć, że świadczenia z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego zostały mu wypłacone bez podstawy prawnej albo że utracił on prawo do tych świadczeń ze względu na spełnienie przesłanek z art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej. Na marginesie wypada zauważyć, że skarżący nie oparł skargi kasacyjnej na podstawie naruszenia tego ostatniego przepisu, a zatem należało przyjąć, że jego wykładnia i zastosowanie przez Sądy obu instancji nie są na obecnym etapie postępowania kwestionowane przez organ rentowy. Ma to znaczenie dla oceny naruszenia art. 84 ust. 1 i 2 ustawy systemowej.

Przyczyną potraktowania przez organ rentowy świadczeń wypłaconych ubezpieczonemu z ubezpieczenia chorobowego (zasiłków chorobowych) jako pobranych nienależnie miało być wykonywanie przez niego pracy zarobkowej w dniu 28 kwietnia 2017 r., czyli w dniu, na który otrzymał od lekarza rodzinnego zwolnienie lekarskie z powodu niezdolności do pracy i pobrał ostatecznie – w związku z tym zwolnieniem – zasiłek chorobowy. Sąd Rejonowy uznał, że za ten dzień ubezpieczonemu nie należy się zasiłek chorobowy, skoro otrzymał wynagrodzenie za usługi medyczne świadczone rano w ramach swojej prywatnej praktyki lekarskiej. Ubezpieczony nie zaskarżył wyroku Sądu Rejonowego w tej części (oddalającej odwołanie co do pozbawienia go prawa do zasiłku chorobowego za ten jeden dzień oraz konieczności zwrotu zasiłku za ten dzień), co

sprawiło, że wyrok Sądu Rejonowego się uprawomocnił z dalszymi istotnymi konsekwencjami, jak się wydaje nieprzewidzianymi przez Sąd Rejonowy. Sąd ten potraktował ubezpieczonego tak, jakby pozostawał on w stosunku pracy, a jego ubezpieczenie chorobowe było obowiązkowe. Tymczasem ubezpieczony podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca działalność pozarolniczą (jednoosobową działalność gospodarczą w postaci świadczenia usług medycznych). Przyjęcie, że za jeden dzień – 28 kwietnia 2017 r. – ubezpieczonemu nie należy się zasiłek chorobowy, spowodowało dalsze konsekwencje w postaci uznania przez organ rentowy, że doszło do uiszczenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za kwiecień 2017 r. w niepełnej (zaniżonej) wysokości i w związku z tym nastąpiło ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego na pewien okres (z koniecznością odczekania odpowiedniego okresu karencyjnego w celu nabycia uprawnień do kolejnych zasiłków chorobowych za kolejny okres dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego) oraz w postaci innej (niższej) podstawy wymiaru zasiłków za kolejne okresy. Te negatywne dla ubezpieczonego konsekwencje dostrzegł Sąd Okręgowy, odnosząc się wprost na samym wstępie swojego uzasadnienia do kwestii niezaskarżenia przez ubezpieczonego wyroku Sądu Rejonowego w części oddalającej jego odwołanie (co do jednego dnia – 28 kwietnia 2017 r.).

Pomijając konsekwencje uprawomocnienia się wyroku Sądu Rejonowego w części dotyczącej nieprzysługiwania ubezpieczonemu zasiłku chorobowego za jeden dzień – 28 kwietnia 2017 r., należy wrócić do zasadniczej kwestii możliwości zastosowania do ustalonego stanu faktycznego art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej. Przepis ten stanowi, że ubezpieczony wykonujący w okresie orzeczonej niezdolności do pracy pracę zarobkową lub wykorzystujący zwolnienie od pracy w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia traci prawo do zasiłku chorobowego za cały okres tego zwolnienia. Podkreślenia wymaga, że ubezpieczony traci prawo do zasiłku, jeżeli wykonuje pracę zarobkową „w okresie orzeczonej niezdolności do pracy”. Przepis ten, jednoznaczny w swojej treści, jako wprowadzający pewien rodzaj sankcji za zachowanie ubezpieczonego sprzeczne z celem wystawienia zwolnienia lekarskiego orzekającego o jego niezdolności do pracy musi być wykładany restrykcyjnie.

W stanie faktycznym ustalonym w rozpoznawanej sprawie nie było miejsca na zastosowanie art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej. Ubezpieczony nie wykonywał pracy zarobkowej w okresie orzeczonej niezdolności do pracy. Najpierw (przed południem) przyjął dwóch pacjentów w swoim prywatnym gabinecie lekarskim, pobrał od nich wynagrodzenie za wykonaną usługę medyczną, a dopiero po ich przyjęciu zachorował (doznał nagłego bardzo bolesnego ataku kamicy nerkowej), w związku z czym odwołał kolejne wizyty i nie przyjmował już tego dnia pacjentów ani w swoim gabinecie lekarskim, ani w przychodni L.. Lekarz rodziny wystawił mu zwolnienie lekarskie na ten dzień, ponieważ ubezpieczony musiał usprawiedliwić swoją nieobecność w przychodni L., z którą miał podpisany kontrakt i tego dnia po południu miał w niej przyjmować pacjentów.

Kluczowe znaczenie miało to, że ubezpieczony nie wykonywał pracy zarobkowej w okresie orzeczonej niezdolności do pracy – już po wystawieniu mu zwolnienia lekarskiego. Wykonywał pracę zarobkową zanim zachorował, przed wystawieniem mu tego zwolnienia, stanowiącego orzeczenie o niezdolności do pracy. Do ustalonego stanu faktycznego nie można stosować art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej. Argument organu rentowego, że ubezpieczony otrzymał zasiłek chorobowy za dzień, w którym (przed południem) wykonywał pracę zarobkową, co sprzeciwia się celowi i istocie zasiłku chorobowego, nie uwzględnia tego, że zasiłek chorobowy przysługujący mu za ten dzień miał stanowić rekompensatę zarobku utraconego wskutek odwołania wizyt kolejnych pacjentów umówionych w jego prywatnym gabinecie lekarskim oraz wskutek rezygnacji ze świadczenia usług medycznych tego dnia w przychodni L.. Przepisy nie przewidują możliwości „dzielenia” zasiłku chorobowego i przyznania go w niepełnej wysokości, na przykład w części (jednej drugiej, jednej trzeciej, jednej czwartej) w zależności od tego, o jakiej porze dnia doszło do ujawnienia się choroby uniemożliwiającej wykonywanie pracy zarobkowej.

Przepisy rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 10 listopada 2015 r. w sprawie trybu i sposobu orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wystawiania zaświadczenia lekarskiego oraz trybu i sposobu sprostowania błędów w zaświadczeniu lekarskim (Dz.U. z 2015 r., poz. 2013) stanowią, że przy orzekaniu o czasowej niezdolności do pracy należy brać pod uwagę wszystkie

okoliczności istotne dla oceny stanu zdrowia i upośledzenia funkcji organizmu powodujące czasową niezdolność do pracy ubezpieczonego, ze szczególnym uwzględnieniem rodzaju i warunków pracy (§ 3). Okres czasowej niezdolności do pracy jest określany liczbą dni (§ 4 ust. 1). Zaświadczenie lekarskie wystawia się na okres od dnia, w którym przeprowadzono badanie, lub od dnia bezpośrednio następującego po dniu badania (§ 7 ust. 1). Zaświadczenie lekarskie może być wystawione na okres rozpoczynający się po dniu badania, nie później jednak niż 4. dnia po dniu badania, jeżeli: 1) bezpośrednio po dniu badania przypadają dni wolne od pracy; 2) badanie jest przeprowadzane w okresie wcześniej orzeczonej czasowej niezdolności do pracy (§ 7 ust. 2). Okres orzeczonej czasowej niezdolności do pracy może obejmować okres nie dłuższy niż 3 dni poprzedzające dzień, w którym przeprowadzono badanie, jeżeli jego wyniki wykazują, że ubezpieczony w tym okresie niewątpliwie był niezdolny do pracy (§ 7 ust. 3).

Z przytoczonych przepisów wynika, że nie jest możliwe wystawienia zwolnienia lekarskiego na część dnia, wystawia się je zawsze na cały dzień. Możliwe jest wystawienie zwolnienia lekarskiego na okres od dnia, w którym przeprowadzono badanie, lub od dnia bezpośrednio następującego po dniu badania (wyjątkowo i w szczególnych okolicznościach na okres rozpoczynający się po dniu badania albo na okres poprzedzający dzień badania). Zależy to od konkretnych okoliczności danego przypadku. Jeżeli ubezpieczony będący pracownikiem zachorował przed rozpoczęciem świadczenia pracy albo w czasie swoich godzin pracy, zwolnienie lekarskie wystawia się od tego dnia, co oznacza, że za ten dzień ubezpieczony nie otrzyma wynagrodzenia za pracę, lecz zasiłek chorobowy. Jeżeli zachorował po godzinach świadczenia pracy, czyli za ten dzień otrzyma wynagrodzenie za pracę (skoro ją świadczył), to zwolnienie lekarskie wystawia się od następnego dnia. Podobne zasady mogą być odniesione do ubezpieczonych prowadzących działalność gospodarczą. Zasiłek chorobowy ma rekompensować utracone zarobki, jednak w przypadku przedsiębiorców trudno jest ustalić konkretne wynagrodzenie za „dniówkę roboczą”, ponieważ ich przychody są w tym przypadku uzależnione od wielu czynników. Jednakże w sytuacji, w jakiej znalazł się ubezpieczony w rozpoznawanej sprawie, bardzo łatwo było ustalić, kiedy zaprzestał wykonywania pracy zarobkowej i że zaprzestanie jej wykonywania

więzało się z utratą konkretnych przychodów ze świadczenia usług medycznych (w prywatnym gabinecie lekarskim i w przychodni L.). Utratę tych przychodów miało rekompensować świadczenie z ubezpieczenia chorobowego (zasiłek chorobowy) i nie stanowiło żadnej przeszkody w jego przyznaniu i wypłacie to, że ubezpieczony tego dnia, przed zachorowaniem i uzyskaniem zwolnienia lekarskiego, wykonywał pracę zarobkową, która przyniosła mu pewne przychody, zdecydowanie niższe od tych, które by uzyskał, gdyby wykonywał pracę zarobkową przez cały dzień.

Przedstawione rozważania prowadzą do wniosku, że nie było podstaw do domagania się od ubezpieczonego zwrotu zasiłków chorobowych wypłaconych mu w okresie objętym zaskarżoną decyzją organu rentowego. Nie zostały spełnione przesłanki pozwalające organowi rentowemu domagać się zwrotu wypłaconych zasiłków, ponieważ świadczenia te nie były nienależnie pobrane w rozumieniu art. 84 ust. 1 i 2 ustawy systemowej. Nie doszło zatem do naruszenia przez Sąd Okręgowy tych przepisów.

Mając na uwadze przedstawione rozważania, Sąd Najwyższy oddalił skargę kasacyjną na podstawie art. 398¹⁴ k.p.c.