

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z 18.04.2018r. Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi, w sprawie X U 125/18, z wniosku M. A. przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych II Oddziałowi w Ł. na skutek odwołania ubezpieczonego od decyzji organu rentowego z 22.01.2018r. nr (...) odmawiającej M. A. prawa do zasiłku chorobowego z powodu niezdolności do pracy od 21.12.2017r. z uwagi na uprzednie wykorzystanie pełnego okresu zasiłkowego z powodu choroby w okresie od 27.06.2016 r. do 25.12.2016r., tj. pobierania zasiłku chorobowego przez 182 dni, a następnie od 26.12.2016 r. do 20.12.2017r. pobierania świadczenia rehabilitacyjnego, zmienił skarżoną decyzję ten sposób, że przyznał M. A. prawo do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego za okres od 21.12.2017r. do 31.01.2018r. w wysokości 100% podstawy wymiaru.

Powyższe orzeczenie zostało wydane na podstawie następujących ustaleń faktycznych:

M. A. prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą i z tego tytułu podlega ubezpieczeniu chorobowemu i wypadkowemu.

Od 27.06.2016r. do 25.12.2016r. wnioskodawca z powodu choroby pobierał zasiłek chorobowy, a od 26.12.2016r. do 20.12.2017r. z powodu tej samej choroby pobierał świadczenie rehabilitacyjne. W dn. 21.12.2017r. odzyskał zdolność do pracy i rozpoczął jej wykonywanie.

W dn. 21.12.2017r. ok. godz. 14.00, podczas dokonywania czynności odbioru przez inwestora robót zrealizowanych przez pracowników wnioskodawcy, M. A. spadł z drabiny z wysokości ok. 3,5 m, doznając w wyniku tego zdarzenia złamania żeber prawych III-VI w odcinku tylnym, złamania trzonu obojczyka, złamania prawych wyrostków poprzecznych trzonów L1-L5, złamania wyrostka stawowego górnego trzonu L5, krwiaka w przestrzeni zaotrzewnowej oraz stłuczenia płuc. Był hospitalizowany w Wojewódzkim Wielospecjalistycznym Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. K. w Ł..

W związku z opisanym zdarzeniem M. A. był niezdolny do pracy od 21.12.2017 r. do 31.01.2018 r.

Sąd I instancji wskazał, że powyższy stan faktyczny ustalił na podstawie dokumentów, których treść nie była kwestionowana przez strony i nie budziła wątpliwości sądu, a uzupełniająco na podstawie przesłuchania ubezpieczonego, który opisał okoliczności zdarzenia, w wyniku którego doznał urazu. Zdaniem Sądu Rejonowego dowód z przesłuchania ubezpieczonego jest wiarygodny, ponieważ koresponduje on z pozostałym materiałem zgromadzonym w sprawie.

Sąd Rejonowy stwierdził, że stan faktyczny nie był przedmiotem kontrowersji pomiędzy stronami, zaznaczając, że oś sporu stanowiła wyłącznie odmienna wykładnia przepisów prawa ubezpieczeń społecznych regulujących prawo do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego w sytuacji, gdy ubezpieczony uprzednio wyczerpał okres zasiłkowy dotyczący świadczeń ubezpieczeniowych z ubezpieczenia chorobowego.

Jako podstawę prawną rozstrzygnięcia Sąd I instancji wskazał art. 6 ust. 1 pkt 1 ustawy z 30.10.2002r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (t.j. Dz.U. z 2017r. poz. 1773 ze zm., dalej: ustawa wypadkowa), zgodnie z którym zasiłek chorobowy z tytułu wypadku przy pracy przysługuje dla ubezpieczonego, którego niezdolność do pracy spowodowana została wypadkiem przy pracy. Sąd Rejonowy wyjaśnił, że za wypadek przy pracy w rozumieniu art. 3 ust. 3 pkt 8 ustawy wypadkowej, uważa się m.in. nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w okresie ubezpieczenia wypadkowego z danego tytułu podczas wykonywania zwykłych czynności związanych z prowadzeniem działalności pozarolniczej w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych.

Sąd I instancji wyjaśnił też, że Ustawa wypadkowa nie reguluje instytucji zasiłku chorobowego z tytułu wypadku przy pracy w sposób kompleksowy. Sąd Rejonowy wyjaśnił, że zgodnie z art. 7 tej ustawy, przy ustalaniu prawa do świadczeń wymienionych w art. 6 ust. 1 pkt 1-3 (w tym zasiłku chorobowego), podstawy wymiaru i ich wysokości, a także przy ich wypłacie, stosuje się odpowiednio przepisy ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia chorobowego, z uwzględnieniem przepisów niniejszej ustawy. Sąd I instancji wskazując na to, że ustawodawca zdecydował się na wprowadzenie do ustawy wypadkowej odesłania normatywnego do innego aktu prawnego regulującego prawo do świadczeń z ubezpieczeń społecznych i nakazując przepisy tej ustawy stosować wobec świadczeń z tytułu wypadku przy pracy odpowiednio, przy uwzględnieniu specyfiki tych świadczeń wynikającej z przepisów ustawy wypadkowej, zaakcentował, że oznacza to, że w zależności od konkretnego przypadku mogą być one zastosowane wprost, bądź z pewnymi modyfikacjami, bądź też w określonych okolicznościach mogą w ogóle nie być stosowane, gdyby ich zastosowanie na gruncie odmiennej instytucji okazało się bezprzedmiotowe lub sprzeczne z przepisami tej instytucji.

Zdaniem Sądu Rejonowego stanowisko organu rentowego oparte zostało na błędnej wykładni, że w odniesieniu do zasiłku chorobowego z tytułu wypadku przy pracy zastosowanie wprost znajdują art. 8 i 9 ustawy z 25.06.1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz. U. z 2017r. poz. 1368 ze zm., dalej: ustawa zasiłkowa), ponieważ wykładnia ta nie wypełnia dyrektywy ustawodawcy nakazujące, ażeby przepisy ustawy zasiłkowej na gruncie świadczeń z ustawy wypadkowej były stosowane w sposób odpowiedni, przy uwzględnieniu przepisów ustawy wypadkowej. Sąd I instancji argumentował, że instytucje zasiłków chorobowych uregulowanych w obu ustawach cechują się szeregiem odmienności, których nie można pomijać podczas stosowania art. 7 ustawy wypadkowej, akcentując, że zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego – inaczej niż zasiłek chorobowy z ubezpieczenia chorobowego – przysługuje niezależnie od okresu podlegania ubezpieczeniu, od pierwszego dnia niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy. Sąd meriti wywodził, że źródłem tego zasiłku nie jest zatem choroba organizmu ubezpieczonego (jak w przypadku zasiłku chorobowego uregulowanego w ustawie zasiłkowej), ale stan niezdolności do pracy, będący pochodną urazu doznanego wskutek wypadku przy pracy, dodając, że inna jest także wysokość obu świadczeń, bo 100% podstawy wymiaru (art. 9 ust. 1 ustawy wypadkowej) w przypadku zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego i 80% podstawy wymiaru w przypadku zasiłku chorobowego z ubezpieczenia chorobowego (art. 11 ust. 1 ustawy zasiłkowej). Sąd Rejonowy podkreślił, że każde z tych świadczeń wypłacane jest z innego subfunduszu ubezpieczeniowego i prawo do nich uzależnione jest od odrębnych tytułów ubezpieczeniowych, wobec czego mogą zaistnieć stany faktyczne, w których określony ubezpieczony ma prawo do jednego z tych świadczeń, nie mając prawa do drugiego. Sąd I instancji argumentował, że przytoczone różnice dowodzą, że zasiłek chorobowy z tytułu ubezpieczenia wypadkowego jest innym rodzajowo świadczeniem z ubezpieczeń społecznych, aniżeli zasiłek chorobowy uregulowany w ustawie zasiłkowej.

Jednocześnie Sąd Rejonowy wskazał, że przepisy regulujące drugie z tych świadczeń, z woli ustawodawcy, znajdują w pewnym zakresie odpowiednie zastosowanie w odniesieniu do pierwszego z nich, wyjaśniając, że odpowiednie stosowanie przepisów regulujących okres zasiłkowy w odniesieniu do instytucji zasiłku chorobowego z tytułu wypadku przy pracy oznacza, że świadczenie to może być wypłacane ubezpieczonemu wyłącznie przez okres 182 dni (art. 8 ustawy zasiłkowej), a w przypadku gdy ubezpieczony odzyska zdolność do pracy i po powrocie do niej znów dozna urazu w wyniku kolejnego wypadku przy pracy, okres wcześniejszej niezdolności do pracy będzie podlegał doliczeniu do okresu późniejszego, o ile przerwa pomiędzy ustaniem poprzedniej a powstaniem ponownej niezdolności do pracy z tego tytułu nie przekroczy 60 dni (art. 9 ustawy zasiłkowej). Dalej idąca interpretacja, zrównująca charakter i prawo do obu świadczeń, jest w ocenie Sądu Rejonowego nieuprawniona, albowiem nie uwzględnia różnic pomiędzy oboma rodzajami świadczeń ubezpieczeniowych, a w szczególności faktu, że każdy z nich stanowi odrębną instytucję prawa ubezpieczeń społecznych. Sąd Rejonowy zaznaczył też, że należy odwołać się do sytuacji faktycznej M. A.. Akcentując fakt, że organ rentowy nie miał wątpliwości, że po wykorzystaniu przez ubezpieczonego 182 dni okresu zasiłkowego i pobierania zasiłku chorobowego w 2016r., odwołującemu w związku z jego dalszą niezdolnością do pracy należy się inne rodzajowo świadczenie – świadczenie rehabilitacyjne, Sąd meriti argumentował, że ten sam tok rozumowania powinien znaleźć zastosowanie w realiach niniejszej sprawy, wywodząc z powyższego, że po wyczerpaniu ustawowych okresów pobierania świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, stan zdrowia ubezpieczonego uzasadnia przyznanie mu kolejnego, innego gatunkowo, świadczenia ubezpieczeniowego – zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego.

Według Sądu Rejonowego świadczenie to nie jest w żadnej mierze kontynuacją wcześniejszych uprawnień do świadczeń ubezpieczeniowych, lecz jest ono wynikiem odniesienia przez ubezpieczonego obrażeń doznanych w wypadku przy pracy i przysługuje od 21.12.2017 r. a jeżeli stan zdrowia ubezpieczonego będący następstwem wypadku przy pracy będzie uzasadniał jego dalsze pobieranie, to maksymalny okres przysługiwania prawa do tego świadczenia będzie wynosić 182 dni – poprzez odpowiednie zastosowanie art. 8 ustawy zasiłkowej.

Sąd Rejonowy wskazał, że organ rentowy w treści analizowanej decyzji nie kwestionował faktu, że M. A. doznał urazu w wyniku wypadku przy pracy, argumentując, że wobec tego problem ten nie był zasadniczym przedmiotem postępowania dowodowego w sprawie, gdyż zakres rozpoznania sprawy przez sąd wyznacza przedmiot zaskarżonej decyzji. Jednocześnie Sąd I instancji stwierdził, że zdarzenie, w wyniku którego M. A. doznał urazu powodującego jego niezdolność do pracy w okresie objętym zaskarżoną decyzją, stanowiło wypadek przy pracy w rozumieniu art. 3 ust. 3 pkt 8 ustawy wypadkowej, albowiem upadek z drabiny, w wyniku utraty jej stabilności, podczas dokonywania oględzin domu budowanego w ramach prowadzonej działalności gospodarczej niewątpliwie stanowi nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które nastąpiło podczas wykonywania zwykłych czynności związanych z prowadzeniem działalności pozarolniczej. Sąd Rejonowy zaznaczył, że doznanie przez ubezpieczonego urazu zostało potwierdzone dokumentami w postaci kart informacyjnych sporządzonych w związku z hospitalizacją M. A. bezpośrednio po wypadku z 21.12.2017 r., z których wynika, że w wyniku upadku z wysokości ok. 3,5 m odwołujący doznał złamania żeber prawych III-VI w odcinku tylnym, złamania trzonu obojczyka, złamania prawych wyrostków poprzecznych trzonów L1-L5, złamania wyrostka stawowego górnego trzonu L5, krwiaka w przestrzeni zaotrzewnowej oraz stłuczenia płuc.

W konkluzji Sąd Rejonowy stwierdził, że wnioskodawca spełnił wszystkie przesłanki uzyskania prawa do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego i w konsekwencji, na podstawie art. 477¹⁴ §2 k.p.c., zmienił zaskarżoną decyzję, orzekając, jak w sentencji wyroku.

Apelację od powyższego wyroku wywiódł organ rentowy, zaskarżając kwestionowane rozstrzygnięcie w całości.

A. skarżonemu orzeczeniu zarzucił naruszenie art. 6 ust. 1 pkt 1 i art. 7 ustawy z dn. 30.10.2002r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1773 z późn. zm.), a także naruszenie art. 8 i art. 9 ust.1 i 2 ustawy z dn. 25.06.1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1368 z późn. zm.), poprzez ich błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie.

W konkluzji do tak sformułowanych zarzutów apelujący wniósł o zmianę skarżonego wyroku i oddalenie odwołania.

W odpowiedzi na apelację organu rentowego wnioskodawca wniósł o jej oddalenie, podając, że nadal przebywa na zwolnieniu lekarskim z uwagi na niezdolność do pracy, dodając, że od grudnia 2017r. opłaca pełną składkę na ZUS, lecz nie otrzymuje żadnych świadczeń z tytułu choroby.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja jest zasadna w sposób skutkujący uchynieniem zaskarżonego wyroku i przekazaniem sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi pierwszej instancji, albowiem Sąd Rejonowy nie rozpoznał istoty sprawy (art. 386 §4 k.p.c.).

Na wstępie wskazać należy, że postępowanie apelacyjne ma merytoryczny charakter i jest dalszym ciągiem postępowania rozpoczętego przed sądem pierwszej instancji. Zgodnie z treścią art. 378 §1 k.p.c., sąd drugiej instancji rozpoznaje sprawę w granicach apelacji; w granicach zaskarżenia bierze jednak z urzędu pod uwagę nieważność postępowania. Rozważając zakres kognicji sądu odwoławczego, Sąd Najwyższy stwierdził, iż sformułowanie „w granicach apelacji” wskazane w tym przepisie oznacza, że sąd drugiej instancji m.in. rozpoznaje sprawę merytorycznie w granicach zaskarżenia, dokonuje własnych ustaleń faktycznych, prowadząc lub ponawiając dowody albo poprzestaje na materiale zebranym w pierwszej instancji, ustala podstawę prawną orzeczenia niezależnie od zarzutów podniesionych w apelacji oraz kontroluje poprawność postępowania przed sądem pierwszej instancji, pozostając

związany zarzutami przedstawionymi w apelacji, jeżeli są dopuszczalne, ale biorąc z urzędu pod uwagę nieważność postępowania, orzeka co do istoty sprawy stosownie do wyników postępowania (por. uchwałę składu 7 sędziów Sądu Najwyższego z 31.01.2008 r., III CZP 49/07, OSN 2008/6/55). Dodatkowo należy wskazać, że dokonane przez sąd pierwszej instancji ustalenia faktyczne, sąd drugiej instancji może podzielić i uznać za własne (por. wyrok Sądu Najwyższego z 8.10.1998 r., II CKN 923/97, OSNC 1999/3/60).

Stosownie do art. 386 § 4 k.p.c. sąd drugiej instancji może uchylić zaskarżony wyrok i przekazać sprawę do ponownego rozpoznania tylko w razie nierozpoznania przez sąd pierwszej instancji istoty sprawy albo gdy wydanie wyroku wymaga przeprowadzenia postępowania dowodowego w całości. W orzeczeniu z 11.03.1998 r. (III CKN 411/97) Sąd Najwyższy przyjął, że nierozpoznanie istoty sprawy w rozumieniu art. 386 § 4 k.p.c. oznacza niewyjaśnienie i pozostawienie poza oceną okoliczności faktycznych, stanowiących przesłanki zastosowania normy prawa materialnego, będącej podstawą roszczenia. Nierozpoznanie istoty sprawy oznacza również zaniechanie przez sąd pierwszej instancji zbadania materialnej podstawy żądania pozwu albo pominięcie merytorycznych zarzutów pozwanego (por. wyrok Sądu Najwyższego z 23.09.1998 r., II CKN 897/97).

Oceniając zasadność apelacji należy rozpocząć od przypomnienia zasad, wedle których przyznaje się prawo do zasiłku chorobowego. Zgodnie z art. 8 ustawy z dn. 25.06.1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1368 ze zm.) zasiłek chorobowy przysługuje przez okres trwania niezdolności do pracy z powodu choroby lub niemożności wykonywania pracy z przyczyn określonych w art. 6 ust. 2 - nie dłużej jednak niż przez 182 dni, a jeżeli niezdolność do pracy została spowodowana gruźlicą lub występuje w trakcie ciąży - nie dłużej niż przez 270 dni. Okresem zasiłkowym jest zatem okresem, za który ubezpieczonemu przysługuje zasiłek chorobowy z ubezpieczenia chorobowego. Kryterium, które zastosował ustawodawca przy ustalaniu długości okresu zasiłkowego, to podział na niezdolność do pracy z powodu gruźlicy oraz w trakcie ciąży i niezdolność do pracy spowodowaną wszystkimi innymi (poza gruźlicą i okresem ciąży) chorobami. Okres wypłaty zasiłku wynosi 182 dni, a w przypadku niezdolności spowodowanej gruźlicą oraz występującą w trakcie ciąży - 270 dni. Po wyczerpaniu 182 dni (lub 270 dni) okresu zasiłkowego, jeżeli dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy, ubezpieczonemu może zostać przyznane świadczenie rehabilitacyjne na okres do 12 miesięcy kalendarzowych. Z kolei art. 9 powołanej ustawy określa zasady wedle których liczymy okres zasiłkowy. W myśl art. 9 ust 1 do okresu, o którym mowa w art. 8, zwanego dalej "okresem zasiłkowym", wlicza się wszystkie okresy nieprzerwanej niezdolności do pracy, jak również okresy niemożności wykonywania pracy z przyczyn określonych w art. 6 ust. 2. Ustęp 2 tego przepisu określa, że do okresu zasiłkowego wlicza się okresy poprzedniej niezdolności do pracy, spowodowanej tą samą chorobą, jeżeli przerwa pomiędzy ustaniem poprzedniej a powstaniem ponownej niezdolności do pracy nie przekraczała 60 dni. Jak zatem widać przepis ten wskazuje, w jaki sposób liczymy dany okres zasiłkowy i kiedy liczymy go od nowa (jako nowy okres zasiłkowy), a kiedy daną niezdolność do pracy wliczamy do "poprzedniego" okresu zasiłkowego. Ma to ogromne praktyczne znaczenie w realiach n/n sprawy, zważywszy że zgodnie z art. 8 ustawy ustawodawca ograniczył długość okresu zasiłkowego do 182 dni (w sytuacji niezdolności spowodowanej gruźlicą - do 270 dni), bez możliwości dalszego przedłużenia tego okresu. Przez określenie "nieprzerwana niezdolność do pracy" należy rozumieć jeden okres niezdolności do pracy, spowodowany tą samą chorobą lub różnymi chorobami, jeżeli nie występuje między nimi przerwa. Innymi słowy pracownik jest niezdolny do pracy "bez przerwy" i nie odzyskuje tej zdolności, nawet na jeden dzień. Natomiast jeśli między poszczególnymi okresami niezdolności do pracy, spowodowanymi różnymi chorobami, wystąpi choćby jeden dzień przerwy, w którym ubezpieczony był zdolny do pracy, okres zasiłkowy liczy się od nowa. Jeśli niezdolność do pracy trwa bez przerwy (jest nieprzerwana) - to wszystkie dni tej niezdolności wlicza się w całości do jednego okresu zasiłkowego, bez względu na to, czy spowodowane zostały tą samą, czy inną chorobą. Do jednego okresu zasiłkowego wlicza się dwa lub więcej okresów niezdolności do pracy, jeśli zostały spowodowane tą samą chorobą, a przerwa pomiędzy poprzednim a kolejnym okresem niezdolności nie przekroczyła 60 dni. Okres zasiłkowy liczony jest na nowo wówczas, gdy zachodzi jedna ze wskazanych niżej okoliczności: a) niezdolność do pracy, która wystąpiła po przerwie (minimum jednodniowej) zostanie spowodowana inną chorobą, niż poprzedni okres niezdolności do pracy, b) przerwa pomiędzy okresami niezdolności do pracy spowodowana tą samą chorobą przekroczy 60 dni.

Istota niniejszego sporu sprowadzała się do ustalenia czy odwołującemu należy się zasiłek chorobowy od dn. 21.12.2017r. w sytuacji, gdy w dn. 20.12.2017r. zakończył się okres pobierania świadczenia rehabilitacyjnego przez wnioskodawcę, który uprzednio w dn. 25.12.2016r. wyczerpał pełen okres zasiłkowy.

Sąd II instancji, po zapoznaniu się z aktami sprawy i z pisemnymi motywami skarżonego orzeczenia, zważył, że w świetle art. 187 § 1 k.p.c. powództwo identyfikowane jest przez żądanie i jego podstawę faktyczną. Granicę obowiązku prowadzenia przez sąd postępowania dowodowego wyznacza, podlegająca kontroli instancyjnej, ocena czy dostatecznie wyjaśniono sporne okoliczności sprawy (por. wyrok SN z 25.09.1997 r., II UKN 271/97, publ. OSNP 1998/14/430). Dodać należy, że z art. 6 k.c. płynie generalny wniosek, że prawa podmiotowe mogą być skutecznie dochodzone o tyle, o ile strona jest w stanie przekonać sąd co do faktów, z których wyprowadza korzystne dla siebie twierdzenia. Z pewnością wyjaśnieniu podstawy faktycznej żądania nie służy dowód z przesłuchania stron. W myśl art. 299 k.p.c. dowód z przesłuchania stron ma jedynie charakter subsydiarny, uzupełniający i przeprowadzany jest tylko wówczas, gdy po wyczerpaniu środków dowodowych lub w ich braku pozostały niewyjaśnione fakty istotne dla rozstrzygnięcia sprawy. Zatem skorzystanie z tego środka dowodowego jest co do zasady możliwe w razie niewyjaśnienia okoliczności spornych za pomocą innych środków dowodowych.

Tymczasem Sąd Rejonowy nie zbadał kluczowej okoliczności w niniejszej sprawie, a mianowicie: czy wystąpiła jednodniowa przerwa po wyczerpaniu świadczenia rehabilitacyjnego z dniem 20.12.2017r., gdyż wnioskodawca odzyskał zdolność do pracy i wykonywał pracę w dn. 21.12.2017r. czy też nie. Swoje ustalenia Sąd meriti oparł w tym zakresie wyłącznie na gołosłownych zeznaniach wnioskodawcy i zaniechał przeprowadzania właściwego postępowania dowodowego w niezbędnym dla rozstrzygnięcia zakresie, gdyż w przypadku ustalenia, że wnioskodawca przepracował chociażby 1 dzień (21.12.2017r.) i dopiero potem stał się niezdolny do pracy z powodu choroby, należałoby uznać, że wystąpiła wymagana przepisami chociażby 1-dniowa przerwa w niezdolności do pracy.

Według oceny Sądu II instancji, celem wyjaśnienia tej kluczowej kwestii, Sąd Rejonowy nie przeprowadził właściwego postępowania dowodowe, a w konsekwencji nie dokonał wszystkich niezbędnych w sprawie ustaleń faktycznych. Obowiązkiem Sądu meriti było chociażby skonfrontowanie twierdzeń odwołującego z innym materiałem dowodowym, np. w postaci dokumentacji medycznej leczenia skarżącego, którą wnioskodawca złożył do ZUS, na co powoływał się już w odwołaniu i w piśmie procesowym z 28.02.2018r. /k. 12-13/, a która to dokumentacja pozwoliłaby Sądowi Rejonowemu zweryfikować np. o której godzinie wnioskodawca zgłosił się po pomoc lekarską w dn. 21.12.2017r., bo być może nastąpiło to już po zakończonym dniu pracy, a to oznaczałoby, że nastąpiła chociażby 1-dniowa przerwa w niezdolności do pracy. Zaznaczyć należy, że sama treść zwolnienia lekarskiego, w której wskazano jedynie dzień początkowy niezdolności do pracy nie jest wiążący dla sądu przy ustalaniu faktów - w realiach niniejszej sprawy należy bowiem przede wszystkim przeprowadzić w sposób właściwy postępowania dowodowego celem ustalenia czy skarżący stał się niezdolny do pracy z powodu choroby już po przepracowaniu jednego dnia w dn. 21.12.2017r. Sąd winien też zweryfikować treść przesłuchania wnioskodawcy z treścią karty wypadku a także przesłuchać w charakterze świadka A. D. tj. inwestora - właścicielkę domu jednorodzinne w Ł. przy ul. (...), na terenie budowy, którego miało miejsce zdarzenie z 21.12.2017r. i która była tego dnia obecna na tej budowie, a także powinien przesłuchać w charakterze świadka S. S., która podpisała kartę wypadku z dn. 12.01.2018r.

Ograniczenie się do dowodów w postaci przesłuchania wnioskodawcy, odnośnie do okoliczności i przyczyn zdarzenia skutkującego uszczerbek na zdrowiu, jest, w postępowaniu dowodowym w realiach badanej sprawy, zdaniem Sądu II instancji, działaniem niewystarczającym, z uwagi na nadal istniejące niewyjaśnione wątpliwości, o których wyżej mowa - co skutkować musi stwierdzeniem, że w przedmiotowej sprawie, wydanie wyroku nastąpiło bez przeprowadzenia właściwego postępowania dowodowego, bez ustalenia wszystkich istotnych dla sprawy okoliczności i bez wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego, bo w oparciu się wyłącznie na treści przesłuchania wnioskodawcy. Dopuszczone, bowiem, środki dowodowe w bardzo zawężonym, co do istoty problemu, zakresie, nie dały podstawy faktycznej dla ustalenia czy wnioskodawca stał się niezdolny do pracy od 21.12.2017r. już po zakończeniu pracy, czy też nie, a co za tym idzie nie można ustalić czy wystąpiła chociażby 1-dniowa przerwa w

niezdolności do pracy, czy też tej przerwy nie było. Pominięcie przez Sąd Rejonowy przeprowadzenia postępowania dowodowego celem ustalenia tych okoliczności skutkowało nierozpoznananiem istoty sprawy.

Rozpoznając sprawę ponownie Sąd Rejonowy winien zatem przeprowadzić poprawnie postępowanie dowodowe w sprawie celem ustalenia wszystkich istotnych dla rozstrzygnięcia okoliczności i w tym celu powinien w pierwszej kolejności zobowiązać ZUS do złożenia posiadanej dokumentacji medycznej złożonej przez wnioskodawcę dotyczącej jego leczenia wraz z zaświadczeniem o interwencji pogotowia ratunkowego, przewiezieniem skarżącego na szpitalny oddział ratunkowy i jego leczenia w szpitalu, o których mowa w odwołaniu i piśmie procesowym skarżącego zalegającym w aktach za kartą 12-13, a także zobowiązać wnioskodawcę do złożenia tej dokumentacji i ewentualnie innych wniosków dowodowych (np. przeprowadzenie dowodu zeznań w charakterze świadków pracowników zakładu odwołującego, o których zeznał na rozprawie w dn. 4.04.2018r.: 00:05:08), a nadto powinien przesłuchać w charakterze świadka A. D. tj. inwestora - właścicielkę domu jednorodzinnego w Ł. przy ul. (...), na terenie budowy, którego miało miejsce zdarzenie z 21.12.2017r. i która była tego dnia obecna na tej budowie, a także powinien przesłuchać w charakterze świadka S. S., która podpisała kartę wypadku z dn. 12.01.2018r. (karta wypadku k. 14-16), tj. na okoliczności dotyczące tego, czy skarżący stał się niezdolny do pracy z powodu choroby po zakończeniu pracy w dn. 21.12.2017r., czy też nie, celem zbadania czy miała miejsce chociażby 1-dniowa przerwa w niezdolności do pracy, i dopiero w ostateczności w razie istnienia dalszych wątpliwości przesłucha wnioskodawcę uzupełniająco we wskazanym zakresie. W miarę potrzeby Sąd I instancji przeprowadzi także inne dowody konieczne dla rozpoznania sprawy (np. przesłuchanie w charakterze świadka lekarza karetki pogotowia, która zawiozła odwołującego do szpitala, czy lekarza przyjmującego wnioskodawcę na (...)). Następnie dokonując wszechstronnej oceny całego materiału dowodowego, zgodnie z regułami art. 233 k.p.c., Sąd I instancji ustali wszystkie konieczne istotne okoliczności w sprawie i w tym celu w szczególności zweryfikuje treść przesłuchania wnioskodawcy z innymi dowodami, a później dokona subsumcji ustalonych przez siebie faktów pod właściwe przepisy prawa materialnego.

Mając powyższe względy na uwadze, z mocy art. 386 §4 k.p.c., Sąd Okręgowy orzekł, jak w wyroku.

SSO Magdalena Lisowska SSO Jacek Chrostek SSO Agnieszka Domańska- Jakubowska

A.P.