

Sygn. akt **VI Ua 40/17**

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 listopada 2017 r.

Sąd Okręgowy w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSO Barbara Konieczna
Sędziowie:	SSO Monika Miller-Młyńska (spr.) SSO Andrzej Stasiuk
Protokolant:	st. sekr. sądowy Katarzyna Herman

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 17 listopada 2017 roku w S.

sprawy D. K. (1)

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w S.

o zasiłek chorobowy

na skutek apelacji wniesionej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

od wyroku Sądu Rejonowego Szczecin – Centrum w Szczecinie IX Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 28 marca 2017 roku, sygn. akt IX U 766/16

uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę Sądowi Rejonowemu Szczecin – Centrum w Szczecinie do ponownego rozpoznania.

UZASADNIENIE

Decyzją z 25 listopada 2016 r., znak: 390000/603/00368539-2016-ZAS, Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. obniżył D. K. (1) o 25% wysokość zasiłku chorobowego za okres od 16 do 24 października 2016 r.

W uzasadnieniu organ rentowy wskazał, iż z posiadanej dokumentacji wynika, że zaświadczenie lekarskie serii (...) wystawione ubezpieczonemu w dniu 7 października 2016 r. na okres od 9 października 2016 r. do dnia 24 października 2016 r. zostało dostarczone w dniu 25 października 2016 r., czyli po upływie 7 dni od daty jego wystawienia. Organ zaznaczył, iż z dokumentacji nie wynika, aby dostarczenie zaświadczenia po 7 dniach nastąpiło z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego. W tej sytuacji organ rentowy pomniejszył przysługujący ubezpieczonemu zasiłek chorobowy za okres trwający od ósmego dnia orzeczonej niezdolności do pracy do dnia dostarczenia zaświadczenia, tj. do dnia 24 października 2016 r.

D. K. (1) wniósł odwołanie od powyższej decyzji, oznaczając ją zarówno poprzez podanie daty jej wydania, jak i jej znaku i podnosząc, że przepisy, na podstawie których organ wydał zaskarżoną decyzję nie obowiązywały w chwili

zdarzenia chorobowego. Dodał, iż art. 62 pkt 3 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. - o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, na który najpewniej powołuje się organ, został uchylony przed zdarzeniem chorobowym, tj. z dniem 15 maja 2015 r.

W toku procesu organ rentowy domagał się oddalenia odwołania, podnosząc argumenty jak w zaskarżonej decyzji.

Po rozpoznaniu sprawy, wyrokiem z 28 marca 2017 r., wydanym w sprawie o sygn. akt IX U 766/16 Sąd Rejonowy Szczecin-Centrum IX Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych zmienił zaskarżoną decyzję poprzez ustalenie, że ubezpieczonemu za okres od 1 do 8 października 2016 r. przysługuje zasiłek chorobowy w wysokości 100% podstawy. W sentencji wyroku, w oznaczeniu przedmiotu rozpoznania sąd wskazał, iż rozpoznał sprawę z odwołania D. K. (1) od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S. z dnia 25 listopada 2016 roku, znak (...) - 2016 - (...).

Sąd Rejonowy ustalił, że D. K. (1) prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą Delikatesy (...) w S.. Z tego tytułu podlega ubezpieczeniom społecznym, w tym ubezpieczeniu chorobowemu. Ponadto sąd I instancji ustalił, że od 9 do 24 października 2016 r. D. K. (1) pozostawał niezdolny do pracy. Niezdolność ta została stwierdzona zaświadczeniem lekarskim sporządzonym z datą 7 października 2016 r., które zostało dostarczone przez ubezpieczonego Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w S. w dniu 25 października 2016 r.

Dalej Sąd Rejonowy wskazał, iż stan faktyczny ustalił na podstawie dowodów z dokumentów złożonych przez strony, które nie pozostawały ze sobą w sprzeczności, a ich waloru dowodowego nie kwestionowała żadna ze stron.

Jako podstawę prawną sąd I instancji wskazał przepis art. 62 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 372), zgodnie z którym ubezpieczony dostarcza wydruk zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6 ustawy, albo zaświadczenie lekarskie, o którym mowa w art. 55a ust. 7 ustawy zasiłkowej:

1) do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych - jeżeli płatnikiem zasiłku jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych;

2) płatnikowi składek - jeżeli płatnikiem zasiłku jest płatnik składek nieposiadający profilu informacyjnego płatnika składek (ust. 1). Przywołując dalszą część omawianego przepisu, sąd zauważył, iż w zaskarżonej decyzji organ zastosował przedmiotowy przepis, ale w brzmieniu obowiązującym przed 1 stycznia 2016 r. Zawierał on wówczas ustęp 3, w którym przewidziano, iż niedopełnienie obowiązku określonego w ust. 1 i 2 powoduje obniżenie o 25% wysokości zasiłku przysługującego za okres od 8 dnia orzeczonej niezdolności do pracy do dnia dostarczenia zaświadczenia lekarskiego, chyba że niedostarczenie zaświadczenia nastąpiło z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego. Powołane w tej jednostce ust. 1 i 2 stanowiły, że zaświadczenie lekarskie ubezpieczony jest obowiązany dostarczyć nie później niż w ciągu 7 dni od daty jego otrzymania płatnikowi zasiłków. Ubezpieczony, o którym mowa w art. 61 ust. 1 pkt 2 lit. a (ubezpieczeni, których płatnicy składek zgłaszają do ubezpieczenia chorobowego nie więcej niż 20 ubezpieczonych), obowiązany jest dostarczyć zaświadczenie lekarskie w ciągu 7 dni od daty jego otrzymania płatnikowi składek, który przekazuje je niezwłocznie do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, podając datę dostarczenia tego zaświadczenia przez ubezpieczonego.

Sąd Rejonowy wskazał, że brzmienie obowiązujące od 1 stycznia 2016 r. nadane zostało ustawą z dnia 15 maja 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2015 r. poz. 1066) zwanej dalej nowelą, a dokładnie art. 1 pkt 26 lit a tejże ustawy. Podniósł, że nowela weszła w życie 1 stycznia 2016 r. poza wyjątkami wymienionymi w art. 26 pkt 1-3. Nie wymieniono wśród nich art. 1 pkt 26 lit. a noweli. Wskazano natomiast, że lekarze, lekarze dentyści, felczerzy i starsi felczerzy upoważnieni do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne albo konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny, zwanych dalej "zaświadczeniami lekarskimi", mogą wystawiać zaświadczenia lekarskie zgodnie z przepisami ustawy zasiłkowej, w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2017 r. (art. 23 ust. 1 noweli). W takim przypadku lekarz, lekarz dentyista, felczer lub starszy

felczer wystawiający zaświadczenia lekarskie informują ubezpieczonego o konieczności doręczenia zaświadczenia lekarskiego odpowiednio płatnikowi zasiłku lub płatnikowi składek w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Przepisy art. 62 ustawy zasiłkowej, o której mowa w art. 1, stosuje się w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy.

Sąd Rejonowy uznał, iż w sprawie nie ma podstaw do zastosowania normy art. 23 noweli, albowiem zgromadzony w sprawie materiał dowodowy nie pozwalał na stwierdzenie, iż ubezpieczony został poinformowany przez lekarza o konieczności doręczenia zaświadczenia lekarskiego odpowiednio płatnikowi zasiłku w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania.

Mając na uwadze ustalony stan faktyczny i przedstawioną argumentację, Sąd I instancji w oparciu o art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. zmienił zaskarżoną decyzję, ustalając, iż ubezpieczonemu za okres od 1 do 8 października 2016 r. przysługuje zasiłek chorobowy w wysokości 100%.

Apelację od powyższego wyroku wywiódł organ rentowy, wnosząc o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie odwołania, ewentualnie uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy sądowi I instancji do ponownego rozpoznania oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu według norm przepisanych.

Apelujący zarzucił wyrokowi naruszenie przepisów prawa materialnego, a to art. 62 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2016 r. poz. 372) w brzmieniu obowiązującym przed 1 stycznia 2016 r. w zw. z art. 23 ust. 2 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2015 r. poz. 1066), polegające na ich niezastosowaniu w przedmiotowej sprawie i błędnym przyjęciu, że nie można w niniejszej sprawie stwierdzić, iż ubezpieczony został poinformowany przez lekarza o konieczności doręczenia zaświadczenia lekarskiego płatnikowi w terminie 7 dni od jego otrzymania, podczas gdy do ubezpieczonego doręczającego zaświadczenie lekarskie w formie papierowej na podstawie art. 23 noweli zastosowanie znajduje art. 62 ust. 2 i 3 ustawy w brzmieniu obowiązującym przed 1 stycznia 2016 r., co oznacza, że ubezpieczony obowiązany był dostarczyć przedmiotowe zaświadczenie w ciągu 7 dni od daty jego otrzymania, zaś niedopełnienie tego obowiązku spowodowało obniżenie o 25% wysokości zasiłku przysługującego za okres od 8 dnia orzeczonej niezdolności do pracy do dnia dostarczenia zaświadczenia lekarskiego. Apelujący zarzucił nadto wyrokowi naruszenie art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, polegające na jego niewłaściwym zastosowaniu poprzez błędne przyjęcie, że ubezpieczonemu za okres za który został obniżony zasiłek chorobowy przysługuje on w wysokości 100% podstawy wymiaru, podczas gdy przysługuje mu zasiłek w wysokości 80% podstawy wymiaru zasiłku. Jednocześnie ZUS zarzucił wyrokowi błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę rozstrzygnięcia a mający wpływ na jego treść, polegający na przyjęciu błędnego okresu, za który został obniżony zasiłek, a mianowicie od 1 do 8 października 2016 r., podczas gdy zaskarżona decyzja dotyczyła okresu od 16 do 24 października 2016 r.

W uzasadnieniu apelacji organ rentowy przywołał treść przepisu art. 62 ust. 1-3 ustawy z 25 czerwca 1999 r. w brzmieniu obowiązującym przed 1 stycznia 2016 r. i podkreślił, że stosownie do regulacji zamieszczonej w ustępie 3, niedopełnienie obowiązku określonego w ust. 1 i 2 powoduje obniżenie o 25% wysokości zasiłku przysługującego za okres od 8 dnia orzeczonej niezdolności do pracy do dnia dostarczenia zaświadczenia lekarskiego, chyba że niedostarczenie zaświadczenia nastąpiło z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego. Zaakcentował, że zaświadczenie lekarskie na okres od 9 do 24 października 2016 r. zostało przez wnioskodawcę dostarczone do organu rentowego w dniu 25 października 2016 r., a więc po upływie 7-dniowego terminu wskazanego w ustawie. W związku z powyższym zasiłek chorobowy przysługujący za okres od ósmego dnia orzeczonej niezdolności do pracy, czyli od dnia 16 października 2016 r. do ostatniego dnia orzeczonej niezdolności do pracy, czyli do dnia 24 października 2016 r., ulega obniżeniu o 25%, tj. kwota brutto 124,92 zł.

Ponadto organ zarzucił, iż w przypadku ubezpieczonego jego miesięczny zasiłek chorobowy wynosi 80% podstawy wymiaru zasiłku, a nie jak wskazał Sąd 100%.

Biorąc powyższe pod uwagę, zdaniem organu rentowego należało uznać, że w świetle obowiązujących przepisów, do ubezpieczonego miał zastosowanie art. 62 w brzmieniu obowiązującym przed 1 stycznia 2016 r., dlatego zaskarżona decyzja była prawidłowa, tym bardziej, że z akt sprawy nie wynika, aby dostarczenie zaświadczenia lekarskiego po 7 dniach nastąpiło z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Większość zarzutów apelacji okazała się chybiona, jednak uzasadniony okazał się zarzut najdalej idący, w którym organ rentowy domagał się uchylecia zapadłego orzeczenia i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania sądowi I instancji z powodu orzeczenia przez sąd o innym okresie niż ten, którego dotyczyła zaskarżona decyzja.

Aby ustalić jaki był przedmiot wyrokowania, należało oprzeć się na złożonym przez D. K. (1) odwołaniu. Wskazał on zaś w nim wyraźnie, że odwołuje się od decyzji o numerze: (...) - (...), która obniżyła wysokość zasiłku chorobowego **za okres od 16 do 24 października 2016 r.** Do swojego odwołania D. K. dołączył zresztą kopię tej decyzji, tak że nie mogło być najmniejszej wątpliwości co do tego, jaką decyzję ma na myśli. Tymczasem sąd I instancji w wydanym przez siebie wyroku nie tylko podał inny numer decyzji aniżeli ten, który wskazał odwołujący ((...) - 2016 - (...)), zamiast: (...) - 2016 - (...)), ale i jednoznacznie orzekł, że zmienia tę właśnie, błędnie przez siebie wybraną, decyzję poprzez ustalenie, że ubezpieczonemu **za okres od 1 do 8 października 2016 r.** przysługuje zasiłek chorobowy w wysokości 100% podstawy wymiaru, co oznacza, iż orzekł o innym okresie aniżeli ten, którego dotyczyło odwołanie D. K.. W tej sytuacji koniecznym było uznanie, że Sąd Rejonowy nie rozpoznał istoty sprawy, albowiem wydał wyrok dotyczący innej decyzji i innego okresu, aniżeli decyzja zaskarżona przez ubezpieczonego.

Powyższego zmienić nie mógł fakt, że Sąd Rejonowy sporządził uzasadnienie wyroku tak jakby orzekł prawidłowo, gdyż dla sądu odwoławczego znaczenie decydujące w tym zakresie ma treść sentencji wyroku sądu I Instancji.

Zgodnie z treścią przepisu art. 386 § 4 k.p.c., sąd drugiej instancji może uchylić zaskarżony wyrok i przekazać sprawę do ponownego rozpoznania m.in. w razie nierozpoznania przez sąd pierwszej instancji istoty sprawy. Pod pojęciem „nierozpoznania istoty sprawy” należy rozumieć zaniechanie zbadania materialnej podstawy żądania pozwu albo pominięcie merytorycznych zarzutów pozwanego. Oznacza to niewyjaśnienie i pozostawienie poza oceną okoliczności faktycznych, stanowiących przesłanki zastosowania normy prawa materialnego, będącej podstawą roszczenia (por. wyroki Sądu Najwyższego z 9 stycznia 2001 r., I PKN 642/00, z 5 lutego 2002 r., I PKN 845/00, z 25 listopada 2003 r., II CK 293/02 oraz z dnia 16 czerwca 2011 r., I UK 15/11). Z kolei w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r., IV CSK 299/10, wyjaśniono, że pojęcie "istota sprawy", o którym mowa w art. 386 § 4 k.p.c., dotyczy jej aspektu materialnoprawnego i zachodzi w sytuacji, gdy sąd nie zbadał podstawy materialnoprawnej dochodzonych roszczeń, jak też skierowanych przeciwko nim zarzutów merytorycznych, tj. nie odniósł się do tego, co jest przedmiotem sprawy, uznając, że nie jest to konieczne z uwagi na istnienie przesłanek materialnoprawnych, czy procesowych unicestwiających dochodzone roszczenie.

Przypomnieć również należy, że postępowanie sądowe w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych wszczynane jest w wyniku wniesienia przez ubezpieczonego odwołania od decyzji organu rentowego. Ma więc ono charakter odwoławczy (por. wyrok Sądu Najwyższego z 20 maja 2004 r., II UK 395/03). W sprawie z odwołania od decyzji organu rentowego to treść decyzji wyznacza przedmiot i zakres rozpoznania oraz rozstrzygnięcia sądu (por. postanowienie Sądu Najwyższego z 13 maja 1999 r., II UZ 52/99). W takiej sprawie Sąd pierwszej instancji kontroluje zgodność z prawem zaskarżonej decyzji, z kolei sąd drugiej instancji kontroluje prawidłowość rozstrzygnięcia sądu pierwszej instancji w odniesieniu do stanu rzeczy (faktycznego i prawnego) istniejącego w chwili wydania przez organ rentowy decyzji.

Jeśli więc w niniejszej sprawie Sąd Rejonowy orzekł całkiem o innej decyzji aniżeli ta, którą zaskarżył D. K. (1), nie sposób było uznać, aby w ogóle rozpoznał istotę sprawy. Bez znaczenia było przy tym to, że decyzja, o której orzekł sąd była bliźniaczo podobna do faktycznie zaskarżonej (wspólna była podstawa prawna rozstrzygnięcia i data wydania

decyzji). Sąd ubezpieczeń społecznych nie może bowiem orzekać z urzędu, nawet jeśli widzi, że jakaś decyzja organu rentowego jest błędna.

Tym samym, stosownie do normy art. 386 § 4 k.p.c., koniecznym stało się orzeczenie jak w sentencji.

Jedynie na marginesie wskazać należy, że większość pozostałych zarzutów podniesionych przez organ rentowy w apelacji była niezasadniona. Organ rentowy nie dostrzegł bowiem, że w okresie po 1 stycznia 2016 roku dalsze stosowanie przepisu art. 62 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa w dotychczasowym brzmieniu zostało uzależnione przez ustawodawcę od należytego pouczenia ubezpieczonego przez lekarza o tym, iż zaświadczenie lekarskie wydane w formie papierowej ubezpieczony jest obowiązany dostarczyć płatnikowi zasiłków nie później niż w ciągu 7 dni od daty jego otrzymania (wynika to z treści prawidłowo wykładanego przepisu art. 23 ust. 2 ustawy nowelizującej, tj. ustawy z dnia 15 maja 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1066 ze zm.)). Przepis ten nie wprowadza żadnego domniemania, że pouczenie takie zostało faktycznie udzielone, ani też – jak błędnie wskazano w apelacji – nie nakłada na ubezpieczonego obowiązku wykazywania, iż zaistniały przyczyny od niego niezależne, które uniemożliwiły mu dostarczenie zaświadczenia w terminie. Powyższe będzie miał na uwadze Sąd Rejonowy przy ponownym rozpoznaniu sprawy, gdy podda pod osąd wykazane przez strony okoliczności faktyczne jakie towarzyszyły wydaniu D. K. i złożeniu przez niego zaświadczenia o niezdolności do pracy w okresie od 16 do 24 października 2016 roku.