

sygn. akt XI Ua 46/22

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 września 2022 roku

Sąd Okręgowy w Katowicach XI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Anna Petri
-----------------	----------------

Protokolant: st. sekretarz sądowy Sabina Kamińska

po rozpoznaniu 22 września 2022 roku w K.

sprawy z odwołania S. M.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w W.

o zwrot zasiłku chorobowego

na skutek apelacji organu rentowego

od wyroku Sądu Rejonowego Katowice-Zachód w Katowicach

z 2 czerwca 2022 roku sygn. akt VII U 144/21

oddala apelację.

SSO Anna Petri

sygn. akt XI Ua 46/22

## UZASADNIENIE

Ubezpieczony S. M. wniósł odwołanie od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w W. z 23 kwietnia 2021r., którą uznano, że z uwagi na „brak przedstawienia” płatnikowi składek (...) Bank (...) S.A. decyzji o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego do 29 grudnia 2020r. płatnik składek błędnie ustalił uprawnienie ubezpieczonego do zasiłku chorobowego, w związku z czym z winy ubezpieczonego powstała nadpłata zasiłku chorobowego od 13 do 14 sierpnia 2020r., za 27 sierpnia 2020r., od 2 do 11 września 2020r. i od 30 września 2020r. do 28 stycznia 2021r. Organ rentowy zobowiązał ubezpieczonego do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego z funduszu chorobowego za wskazane okresy w kwocie 9.857,22 zł. Uzasadniając odwołanie ubezpieczony wyjaśnił, że choruje na ciężką astmę wraz z rozstrzeniami płuc. Pod koniec pobierania świadczenia rehabilitacyjnego poczuł poprawę zdrowia i dlatego zdecydował się na powrót do pracy. W dniu 16 grudnia 2019r. rozpoczął zatrudnienie w (...), nie informował jednak nowego pracodawcy o swojej chorobie. W dalszym ciągu jednak musiał korzystać z kilkudniowych zwolnień lekarskich w związku z pogorszeniem stanu zdrowia i koniecznością comiesięcznych wizyt w szpitalu. Ubezpieczony zaznaczył, że decyzja ZUS jest dla niego krzywdząca, nie został on też w żaden sposób pouczony przez organ rentowy. Wskazał, że stracił pracę a jego sytuacja finansowa i osobista jest bardzo zła.

Organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania. Motywując swoje stanowisko wyjaśnił, że w przypadku ubezpieczonego podmiotem zobowiązanym do ustalenia prawa do zasiłku chorobowego i jego wysokości był płatnik składek. Oznacza to, że obowiązkiem skarżącego było poinformowanie pracodawcy o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłku lub jego wysokość. Zaniechanie tego obowiązku skutkuje koniecznością uznania, że za błędne ustalenie prawa do zasiłku chorobowego winę ponosi odwołujący.

**Wyrokiem z 2 czerwca 2022r. Sąd Rejonowy Katowice-Zachód w Katowicach zmienił zaskarżoną decyzję stwierdzając, że nie doszło z winy odwołującego do powstania nadpłaty zasiłku chorobowego za okres: od 13 do 14 sierpnia 2020r., za 27 sierpień 2020r., od 2 do 11 września 2020r. i od 30 września 2020r. do 28 stycznia 2021r. i uchylił zobowiązanie odwołującego do zwrotu zasiłku chorobowego w kwocie 9.857,22 zł za te okresy uznając, że nie doszło do nienależnego pobrania zasiłku chorobowego.**

Sąd I instancji ustalił, że ubezpieczony choruje na ciężką astmę z rozstrzeniami oskrzeli. Decyzjami z 17 stycznia 2019r. i 2 lipca 2019r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w C. przyznał mu prawo do świadczenia rehabilitacyjnego za łączny okres od 4 stycznia 2019r. do 29 grudnia 2019r.

Przed podjęciem nowej pracy ubezpieczony zgłosił się do ZUS, aby ustalić, co powinien zrobić. Tam powiedziano mu, że w przypadku znalezienia zatrudnienia powinien zawiadomić organ rentowy, że rezygnuje ze świadczenia rehabilitacyjnego i ujawnić u jakiego pracodawcy podejmuje zatrudnienie, a także przedłożyć zaświadczenie lekarza medycyny pracy o zdolności do pracy.

W dniu 13 grudnia 2019r. ubezpieczony złożył w organie rentowym pismo informujące, że 16 grudnia 2019r. rozpoczyna pracę w związku z czym rezygnuje od tego dnia ze świadczenia rehabilitacyjnego. Na wezwanie organu rentowego ubezpieczony dodatkowo przedłożył 31 grudnia 2019r. zaświadczenie lekarza medycyny pracy o zdolności do pracy.

Od 16 grudnia 2019r. ubezpieczony był zatrudniony w (...) Bank (...) SA. Nie poinformował nowego pracodawcy o przyznanej mu świadczeniu rehabilitacyjnym ani nie przedstawił świadectwa pracy za okres przypadający bezpośrednio przed zatrudnieniem w Banku. Następnie ubezpieczony był niezdolny do pracy w okresach: od 11 lutego 2020r. do 11 marca 2020r., od 17 do 20 marca 2020r., od 24 marca 2020r. do 2 kwietnia 2020r., od 14 do 17 kwietnia 2020r., od 1 do 2 czerwca 2020r., od 8 do 10 czerwca 2020r., od 21 do 22 lipca 2020r., od 3 do 5 sierpnia 2020r., od 13 do 14 sierpnia 2020r., 27 sierpnia 2020r., od 2 do 11 września 2020r. oraz od 30 września 2020r. do 5 lutego 2021r. Płatnik składek wypłacił mu zasiłek chorobowy za okresy: od 13 do 14 sierpnia 2020r., za 27 sierpnia 2020r., od 2 do 11 września 2020r., od 30 września 2020r. do 28 stycznia 2021r. w łącznej kwocie 9.857,22 zł.

W ocenie Sądu Rejonowego odwołanie zasługiwało na uwzględnienie.

Sąd I instancji wskazał, że zgodnie z art. 84 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych w jego brzmieniu aktualnym na dzień wydania zaskarżonej decyzji - osoba, która pobrała nienależne świadczenie z ubezpieczeń społecznych, jest obowiązana do jego zwrotu wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie, w wysokości i na zasadach określonych przepisami prawa cywilnego, z uwzględnieniem ust. 11. Z kolei zgodnie z ust. 2 tego przepisu, 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.

W doktrynie rozróżnia się pojęcie zasiłków nienależnie pobranych i nienależnie wypłaconych. Obowiązkowi zwrotu (potrącenia) podlegają tylko zasiłki nienależnie pobrane, czyli pobrane z winy ubezpieczonego. Natomiast zasiłki nienależnie wypłacone, z winy płatnika lub Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, nie podlegają zwrotowi (por. A.

Rzepecka-Gil, Ustawa świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Komentarz, Oficyna 2009).

Zgodnie ze stanowiskiem Sądu Najwyższego wyrażonym w wyroku z 2 grudnia 2009r. (I UK 174/09) wypłacenie świadczenia w sposób, na który nie miała wpływu wina świadczeniobiorcy, nie uzasadnia powstania po stronie osoby ubezpieczonej obowiązku zwrotu nienależnie pobranego świadczenia. Podstawowym zatem warunkiem uznania, że wypłacone świadczenie podlega zwrotowi w myśl art. 84 ust. 2 pkt 1 ustawy systemowej jest brak prawa do świadczenia oraz świadomość tego osoby przyjmującej to świadczenie, płynąca ze stosownego pouczenia. Obie te przesłanki wystąpić muszą w trakcie pobierania świadczenia, a nie po zaprzestaniu jego wypłaty. Jak wynika zatem z powyższego, jedynie brak istnienia podstawy prawnej danego świadczenia połączony ze świadomością ubezpieczonego, iż brak taki występuje decydują o „nienależności” świadczenia i powstaniu po stronie świadczeniobiorcy obowiązku do jego zwrotu.

Sąd Rejonowy stwierdził, iż nie było sporne pomiędzy stronami, że niezdolność do pracy ubezpieczonego zapoczątkowana 11 lutego 2020r. została wywołana tą samą chorobą co niezdolność, z tytułu której ubezpieczony pobierał świadczenie rehabilitacyjne, a przerwa w niezdolności nie dawała podstaw do rozpoczęcia nowego okresu zasiłkowego w myśl art. 9 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. W przypadku ubezpieczonego nie powstało prawo do zasiłku chorobowego za okres od 13 sierpnia 2020r. Okolicznością sporną było natomiast to, czy pobrane przez ubezpieczonego świadczenie za ten okres było świadczeniem nienależnym w myśl powołanego wyżej przepisu ustawy systemowej.

Sąd I instancji stwierdził, że ubezpieczony dopełnił obowiązku poinformowania organu rentowego o tym, że podejmuje zatrudnienie u nowego pracodawcy w związku z czym rezygnuje z pobieranego dotychczas świadczenia rehabilitacyjnego. Na wezwanie organu rentowego ubezpieczony przedłożył także zaświadczenie lekarza medycyny pracy o stwierdzeniu zdolności do pracy.

W ocenie Sądu Rejonowego to organ rentowy był zobowiązany - w przypadku powstania nowej niezdolności do pracy ubezpieczonego - do merytorycznej analizy i sprawdzenia czy w danym okolicznościach, wobec poprzednio zakończonych okresu pobierania świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, ubezpieczonemu przysługuje ponownie prawo do zasiłku chorobowego. W wyroku z dnia 23 lipca 2009r. Sąd Apelacyjny w Poznaniu (III AUa 448/09) stwierdził, że w każdym przypadku, czyli nawet w przypadku ewentualnego podania przez odwołującego nieprawdziwych danych, pozwany organ rentowy - jako organ administracji publicznej odpowiedzialny za wypłatę świadczeń z ubezpieczeń społecznych - nie jest zwolniony z dokładnego, merytorycznego zbadania kierowanej do niego dokumentacji. W tym przypadku ubezpieczony nie podał organowi rentowemu nieprawdziwych danych, zawiadomił go o podjęciu nowej pracy i rezygnacji z dotychczasowego świadczenia. Organ rentowy nie zweryfikował natomiast, czy w przypadku ubezpieczonego rozpoczął się nowy okres zasiłkowy.

Jednocześnie organ rentowy nie wykazał, by pouczył ubezpieczonego o okolicznościach wyłączających powstanie prawo do zasiłku chorobowego, w szczególności tych dotyczących konieczności zaistnienia co najmniej 60-dniowej przerwy pomiędzy zakończeniem jednego okresu zasiłkowego a powstaniem kolejnego, o ile wywołane zostały tą samą chorobą. Ubezpieczony nie miał przy tym obowiązku przedkładania nowemu pracodawcy decyzji o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego tym bardziej, że poinformował organ rentowy o rezygnacji z tego świadczenia.

W tym stanie rzeczy Sąd Rejonowy stwierdził, iż nie zachodzi żadna z przesłanek określonych art. 84 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych. Tym samym brak jest podstaw faktycznych i prawnych do nałożenia na ubezpieczonego obowiązku zwrotu kwoty 9.857,22 zł z tytułu pobranego przez ubezpieczonego zasiłku chorobowego z funduszu chorobowego za wskazany okres.

Na podstawie art. 477<sup>14</sup> § 2 k.p.c. Sąd Rejonowy uwzględnił odwołanie ubezpieczonego i zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że stwierdził, iż nie doszło z winy odwołującego do powstania nadpłaty zasiłku chorobowego i uchylił zobowiązanie odwołującego do zwrotu zasiłku chorobowego w kwocie 9857,22 zł za sporne okresy.

### ***Apelację od tego wyroku wniósł organ rentowy zaskarżając go w całości.***

Organ rentowy wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w całości poprzez oddalenie odwołania, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego orzeczenia i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania przez Sąd I instancji.

Apelujący zarzucił zaskarżonemu wyrokowi:

- naruszenie przepisów postępowania, tj. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez wykraczającą poza granice swobodnej oceny dowodów ocenę materiału zgromadzonego w sprawie, a przejawiającą się w błędzie w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę rozstrzygnięcia polegającym na przyjęciu, że nie doszło z winy odwołującego do nadpłaty zasiłku chorobowego za sporne okresy oraz do wpłaty nienależnie pobranego zasiłku chorobowego podczas, gdy ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego jednoznacznie wynika, że odwołujący nie dopełnił obowiązku poinformowania płatnika składek o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłku lub jego wysokość, co w rezultacie doprowadziło do wypłaty nienależnie pobranego zasiłku chorobowego;
- naruszenie prawa materialnego, tj. art. 61 ust. 1 pkt 1 i ust. 3 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa w zw. z art. 80 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez ich niezastosowanie i bezzasadne przyjęcie, że w przypadku płatników składek, którzy zgłaszają do ubezpieczenia chorobowego powyżej 20 ubezpieczonych prawo do zasiłków i ich wysokość ustala oraz wypłaca Zakład Ubezpieczeń Społecznych, a co za tym idzie, że o okolicznościach mających wpływ na prawo lub wysokość świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty należy informować tenże organ rentowy podczas, gdy z przywołanych przepisów w sposób oczywisty wynika, że w tej sprawie prawo do zasiłków i ich wysokość ustala oraz wypłaca płatnik składek oraz, że obowiązkiem odwołującego było poinformowanie płatnika składek o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłku lub jego wysokość;
- naruszenie prawa materialnego, tj. art. 84 ust. 1 i ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych, poprzez ich nie zastosowanie i bezzasadne przyjęcie, że osoba, która pobrała nienależne świadczenie z ubezpieczeń społecznych nie jest obowiązana do jego zwrotu wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w wysokości i na zasadach określonych przepisami prawa cywilnego, jeżeli z materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie w sposób jednoznaczny wynika, że świadczenie zostało przyznane i wypłacone w wyniku świadomego wprowadzenia w błąd wypłacającego świadczenie płatnika składek przez odwołującego w związku z nie dopełnieniem przez niego obowiązku poinformowania płatnika składek o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłku lub jego wysokość podczas, gdy Sąd Rejonowy powinien na podstawie wskazanych przepisów orzec obowiązek zwrotu świadczenia wraz z odsetkami.

W ocenie apelującego podmiotem zobowiązanym do ustalenia prawa do zasiłku chorobowego i jego wysokości był płatnik składek. Organ rentowy zatem na żadnym etapie rozpatrywanej sprawy nie miał wpływu na ustalenie prawa do świadczenia. Trudno zatem przyjąć za trafny pogląd Sądu I instancji jakoby to organ rentowy nie zweryfikował czy w przypadku ubezpieczonego rozpoczął się nowy okres zasiłkowy. Trudno także uznać, że jakiegokolwiek znaczenie dla sprawy ma informowanie o tym, że Odwołujący rezygnuje z obieranego świadczenia rehabilitacyjnego. Okoliczność powrotu do pracy nie ma żadnego wpływu na ewentualne prawo do kolejnych świadczeń szczególnie, gdy ustalenie do nich prawa, wypłata i rozliczenie nie należy do obowiązków organu rentowego. Sąd I instancji pominął bowiem okoliczność, że to obowiązkiem odwołującego było poinformowanie płatnika składek o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłku lub jego wysokość. Zaniechanie tego obowiązku prowadzi do konieczności uznania, że wyłącznie odpowiedzialnym za błędne ustalenie prawa do zasiłku jest odwołujący. Przyjęcie toku rozumienia Sądu I instancji jest nie do pogodzenia choćby z ustawą zasadniczą. Z art. 7 Konstytucji wynika obowiązek określenia przez akty prawa powszechnie obowiązującego kompetencji do działania, zakaz domniemania kompetencji oraz zakaz ich dowolnego, arbitralnego wykonywania.

***W odpowiedzi na apelację ubezpieczony wniósł o jej oddalenie.***

Wskazał, że dopełnił wszelkich kwestii, do których został zobowiązany przez pracowników organu rentowego. Postępował zgodnie z pismami, które otrzymał oraz nie miał świadomości, że pobiera niesłuszne świadczenie. Podkreślił, że gdyby wiedział, jak działa mechanizm ustalania prawa do świadczeń, to na dzień podania leku, tj. 11 lutego 2020r., skorzystałby z urlopu zamiast zwolnienia lekarskiego. Wówczas zostałaby zachowana wymagana przerwa między świadczeniem rehabilitacyjnym, a zwolnieniem lekarskim i utworzyłoby to nowy okres zasiłkowy.

### **Sąd Okręgowy zważył, co następuje:**

Apelacja organu rentowego nie zasługiwała na uwzględnienie.

Sąd odwoławczy w pełni podziela ustalenia faktyczne i ostateczne konkluzje rozważań prawnych Sądu I instancji uznając je za własne, co oznacza, iż z mocy art. 387 § 2<sup>1</sup> k.p.c. zbędne jest ich ponowne przywoływanie w uzasadnieniu wyroku Sądu odwoławczego. Zarzuty stawiane przez apelującego zaskarżonemu wyrokowi w zakresie mogącym mieć wpływ na rozstrzygnięcie okazały się chybione.

Wbrew zarzutom apelującego Sąd Rejonowy przeprowadził staranne postępowanie dowodowe, w oparciu o które poczynił trafne ustalenia faktyczne oraz wywiódł wnioski w pełni uprawnione wynikiem tego postępowania, nie wykraczając poza ramy swobodnej oceny wiarygodności i mocy dowodów, wynikające z przepisu art. 233 k.p.c. Dokonana subsumcja ustaleń faktycznych do mających zastosowanie przepisów prawa materialnego nie budzi zastrzeżeń Sądu Okręgowego.

Sformułowany przez apelującego zarzut naruszenia przez Sąd I instancji przepisu art. 233 § 1 k.p.c. nie zasługiwał na uwzględnienie. Zgodnie z brzmieniem tego przepisu Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Zgodnie z wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 17 maja 2012r., jeżeli z określonego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo - skutkowych, to przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona.

Apelacja tak wymaganych zarzutów nie przedstawia i nie wykazuje, aby ocena dowodów oraz oparte na niej wnioski były dotknięte powyższymi uchybieniami. W istocie stan faktyczny sprawy był bowiem bezsporny, a wnioski, do których doszedł organ orzekający znajdują potwierdzenie w zgromadzonym materiale dowodowym. Nadto tok myślenia Sądu można odtworzyć i poddać kontroli instancyjnej.

Sąd I instancji nie dopuścił się też zarzucanych mu naruszeń przepisów prawa materialnego.

Jak wynika ze stanowiącego podstawę prawą zaskarżonej decyzji art. 84 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1009 z późn. zm.), zwanej dalej ustawą systemową, osoba, która pobrała nienależne świadczenie z ubezpieczeń społecznych, jest obowiązana do jego zwrotu wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie, w wysokości i na zasadach określonych przepisami prawa cywilnego. Zgodnie z art. 84 ust. 2 ustawy 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;

3) świadczenia z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej chorobą z ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego, co do których stwierdzono, że w okresie ich pobierania świadczeniobiorca wykonywał w okresie orzeczonej niezdolności do pracy pracę zarobkową lub wykorzystywał zwolnienie od pracy w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia.

Zgodnie z art. 8 ust. 1 i art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1732), zwanej dalej ustawą zasiłkową, w brzmieniu obowiązującym do 1 stycznia 2022r., zasiłek chorobowy przysługuje przez okres trwania niezdolności do pracy z powodu choroby lub niemożności wykonywania pracy z przyczyn określonych w art. 6 ust. 2 ustawy - nie dłużej jednak niż przez 182 dni. 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. Przed dniem 1 stycznia 2022r., tj. w okresach objętych zaskarżoną decyzją, nowy okres zasiłkowy liczony był zawsze na nowo, m.in. wtedy gdy przerwa pomiędzy okresami niezdolności do pracy spowodowana tą samą chorobą przekroczyła 60 dni. W tym przypadku kolejna niezdolność ubezpieczonego do pracy – od 11 lutego 2020r. była spowodowana tą samą chorobą, co niezdolność przed 13 grudnia 2020r. Ponieważ przerwa między nimi wynosiła poniżej 60 dni, to w myśl powołanych regulacji okresy tych niezdolności podlegały zliczeniu, co sprawiło, że ubezpieczonemu nie przysługiwał już za nie zasiłek chorobowy.

Po myśli art. 80 pkt 1, 2 i 3 ustawy systemowej w celu ustalenia prawa do świadczeń oraz ich wysokości ubezpieczeni zobowiązani są m.in. do przedstawiania stanów faktycznych mających wpływ na prawo lub wysokość świadczeń, informowania o wszelkich zmianach mających wpływ na świadczenie oraz przedkładania na żądanie środków dowodowych. Ubezpieczony spełnił te wymogi w zakresie oczekiwanym przez ZUS. Przed podjęciem nowej pracy zgłosił się do ZUS, aby ustalić, co powinien uczynić. Tam poinformowano go, że w przypadku znalezienia nowej pracy powinien zawiadomić organ rentowy, że rezygnuje ze świadczenia rehabilitacyjnego i u jakiego pracodawcy podejmuje zatrudnienie, a także przedłożyć zaświadczenie lekarza medycyny pracy o zdolności do pracy. Nie polecono mu przekazywać żadnych dalszych informacji lub dokumentów wskazując, że tym zajmie się ZUS (zeznania ubezpieczonego – k. 39). Wbrew treści art. 80 ustawy systemowej pracodawca ubezpieczonego nie żądał od niego żadnych informacji, choć ciążył na nim taki obowiązek.

Zgodnie z art. 61 ust. 1 pkt 1 i ust. 3 ustawy zasiłkowej prawo do zasiłków określonych w ustawie i ich wysokość ustalają oraz zasiłki te wypłacają płatnicy składek na ubezpieczenie chorobowe, którzy zgłaszają do ubezpieczenia chorobowego powyżej 20 ubezpieczonych. Do takich płatników należał pracodawca ubezpieczonego. Zatem do płatnika należało ustalenie czy ubezpieczony jako jego pracownik nabywa prawo do wynagrodzenia i zasiłku chorobowego w nowym okresie zasiłkowym, zwłaszcza w przypadku pracowników nowo zatrudnionych, którzy- tak jak ubezpieczony- mogli pobierać świadczenia z ubezpieczenia przed podjęciem zatrudnienia.

Godzi się zauważyć, że jeżeli pracodawca ma wątpliwości w zakresie zliczania poszczególnych okresów choroby do jednego okresu zasiłkowego, to okoliczność tę wyjaśnia zasięgając opinii lekarza leczącego lub zwracając się do ZUS ze specjalnie przewidzianym na ten cel wnioskiem (...)64 o ustalenie okresu zasiłkowego. Zaskarżona decyzja i apelacja organu rentowego wskazuje wyraźnie na to, iż nie zdaje on sobie sprawy z istnienia takiego wniosku, który przewiduje nałożenie obowiązków związanych z ustalaniem prawa do świadczenia na płatnika, a nie na ubezpieczonego. Wniosek płatnika składek o ustalenie okresu zasiłkowego stanowi standardową procedurę pozwalającą mu na ustalenie spełnienia przez pracownika wymogów art. 8 i art. 9 ustawy zasiłkowej. Tymczasem pracodawca ubezpieczonego - płatnik składek nie podjął żadnych czynności w celu ustalenia okresu zasiłkowego pomimo, iż miał do czynienia z niezdolnością do pracy nowo zatrudnionego pracownika. Stosownie do przytoczonego art. 80 pkt 3 ustawy zasiłkowej winien on zobowiązać ubezpieczonego do przedłożenia ostatniego świadectwa pracy lub przynajmniej oświadczenia o poprzednich niezdolnościach do pracy, czego nie uczynił.

Wbrew błędnym założeniom apelującego nie zostały więc spełnione przesłanki zwrotu nienależnie pobranych świadczeń, o których mowa w art. 84 ust. 2 ustawy systemowej. Ubezpieczony nie wykonywał w spornym okresie

pracy zarobkowej i nie wprowadził świadomie w błąd płatnika składek. W sprawie nie doszło także do złożenia przez niego nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów.

Uwadze apelującego uszła całkiem okoliczność, iż ubezpieczony nie został w żaden sposób pouczony o konieczności zawiadomienia płatnika składek o pobieranym świadczeniu rehabilitacyjnym, pomimo udania się do dwóch oddziałów ZUS i jego wyraźnej prośby o udzielenie informacji o koniecznych działaniach w związku z wolą podjęcia zatrudnienia. Zgodnie z otrzymanymi informacjami zrezygnował z dalszego pobierania świadczenia i przedstawił zaświadczenie lekarskie. Nie wymagano od niego żadnych innych czynności.

Jak wynika przy tym z wyroku Sądu Najwyższego z dnia 10 czerwca 2008r. (I UK 394/07) warunkiem uznania świadczenia za nienależnie pobrane jest, by okoliczności powodujące utratę prawa do świadczenia wystąpiły w czasie jego pobierania, o czym uprzednio ubezpieczony musi być pouczony. Jak wskazuje Sąd Najwyższy wystarczające jest przy tym przytoczenie przepisów określających te okoliczności, które musi być na tyle zrozumiałe, aby pobierający świadczenie mógł je odnieść do własnej sytuacji. Zauważyć należy, iż przyznaniu zasiłku chorobowego nie towarzyszy wydanie decyzji, zatem z istoty rzeczy ubezpieczony nie mógł zostać pouczony o okresach zasiłkowych i potrzebie poinformowania nowego pracodawcy o pobieranych uprzednio świadczeniach.

Jednocześnie nie sposób oczekiwać od ubezpieczonego, jak chciałby tego organ rentowy, znajomości zasad ustalania okresów zasiłkowych – kwestie te leżą wyłącznie w gestii płatnika składek i organu rentowego. Ubezpieczony trafnie przy tym podkreślił, że gdyby wiedział, jak działa mechanizm ustalania prawa do świadczeń, to na dzień podania leku, tj. 11 lutego 2020r., skorzystałby z urlopu zamiast ze zwolnienia lekarskiego. Wówczas zostałaby zachowana wymagana przerwa między świadczeniem rehabilitacyjnym, a kolejną niezdolnością do pracy, która pozwoliłaby na otwarcie nowego okresu zasiłkowego. Potwierdza to tylko, że ubezpieczony nie był świadomy zasad obliczania okresów zasiłkowych. Nie sposób bowiem przyjąć, by działał wbrew własnym interesom i nie wydłużył minimalnie - zgodnie z przepisami, przerwy pomiędzy okresami zasiłkowymi, co pozwoliłoby mu dalsze bezproblemowe pobieranie spornego świadczenia.

Co ciekawe apelujący sam wskazywał, że podmiotem zobowiązanym do ustalenia prawa do zasiłku dla ubezpieczonego był płatnik. Do niego zatem, a nie do ubezpieczonego, należało wystąpić o zwrot zasiłku z mocy art. 84 ust. 6 ustawy systemowej, czego organ rentowy z niezrozumiałych przyczyn zaniechał nie mając świadomości, że ustawodawca przewidział dla płatnika, a nie dla ubezpieczonego, wniosek (...)64 o ustalenie okresu zasiłkowego.

Zupełnie zaskakujące jest w tej sytuacji powoływanie się przez apelującego na art. 7 Konstytucji RP, zgodnie z którym organy władzy publicznej działają na podstawie i w granicach prawa. Wydając zaskarżoną granicę to organ rentowy przekroczył bowiem te granice.

Tym samym nie zaszyły wskazane w art. 84 ust. 2 ustawy systemowej przesłanki pozwalające uznać pobranie świadczenia za nienależne, co sprawia, iż Sąd Rejonowy miał pełne podstawy do zmiany zaskarżonej decyzji.

Mając powyższe na uwadze z mocy art. 385 k.p.c. należało oddalić apelację organu rentowego jako bezzasadną.

SSO Anna Petri