

## UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 11 kwietnia 2016 roku Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych zmienił zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. z dnia: 4 marca 2015 roku w ten sposób, że zwolnił wnioskodawcę lekarza D. Z. z obowiązku zwrotu nienależnie pobranego przez K. P. zasiłku chorobowego z funduszu chorobowego w kwocie 17.868,48 zł za okres od dnia 11 sierpnia do dnia 30 listopada 2014 roku oraz odsetek w kwocie 634,21 zł nadto zasądził od pozwanego na rzecz wnioskodawcy kwotę 60 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Powyższe orzeczenie zapadło w oparciu o następujące ustalenia faktyczne.

Wnioskodawca D. Z. jest lekarzem rehabilitantem. K. P. leczy się u wnioskodawcy w związku z zespołem bólowym kręgosłupa.

Wnioskodawca wystawił K. P. zaświadczenia (...) stwierdzając niezdolność do pracy od dnia 26 kwietnia 2014 roku do 9 maja 2014 roku oraz zaświadczenie (...) stwierdzając niezdolność do pracy od dnia 9 lipca 2014 roku do dnia 26 lipca 2014 roku. W rubryce nr 16 w wskazanych zaświadczeniach nie został wskazany kod, natomiast w rubryce nr 17 podany został numer statystyczny choroby – G54.

Druki wydawanych zaświadczeń lekarskich wnioskodawca miał obowiązek przedłożyć do ZUS w terminie 7 dni. ZUS dysponował oryginałami zaświadczeń lekarskich nr (...) oraz (...).

K. P. pobrała zasiłek chorobowy z funduszu chorobowego w kwocie 17.868,48 zł za okres od dnia 11 sierpnia 2014 roku do dnia 30 listopada 2014 roku.

K. P. otrzymując kolejne zaświadczenie lekarskie (...) wiedziała, iż otrzymuje zaświadczenie w związku z tą samą chorobą. Ubezpieczona będąc u wnioskodawcy zawsze wskazywała na to samo schorzenie – ból w dolnej części kręgosłupa.

K. P. przekazując pracodawcy K. I. zaświadczenie o niezdolności do pracy informowała, iż dotyczy ono tej samej choroby.

Płatnik składek miał informację, iż powodem niezdolności do pracy K. P. były problemy z kręgosłupem.

Pracodawca przekazywał zaświadczenia lekarskie ubezpieczonej do Biura (...). Biuro (...) zajmowało się weryfikacją zaświadczeń lekarskich pod kontem prawa do świadczeń z ubezpieczeń społecznych.

Biuro (...) kontaktowało się z pracodawcą w celu wyjaśnienia powziętych wątpliwości dotyczących wniosku o wydanie decyzji w sprawie ustalenia prawa do świadczenia dla K. P. kierowanego do ZUS.

Płatnik składek w dniu 12 stycznia 2015 roku złożył wniosek do organu rentowego o wydanie decyzji w sprawie dalszego wypłacania zasiłku chorobowego w związku z ponowną niezdolnością do pracy K. P. od dnia 9 lipca 2014 roku oraz wypłaty wynagrodzenia chorobowego za okres 33 dni.

W odpowiedzi na wniosek płatnika składek K. P. z dnia 19 stycznia 2015 roku organ rentowy wskazał, iż niezdolności do pracy ubezpieczonej w okresie od dnia 19 listopada 2013 roku do dnia 9 maja 2014 roku oraz od dnia 9 lipca 2014 roku były spowodowane tą samą chorobą, a przerwa między wskazanymi niezdolnościami nie przekracza 60 dni. Należało więc je zliczyć to jednego okresu zasiłkowego, który został wykorzystany z dniem 18 lipca 2014 roku. Zasiłek chorobowy wypłacany po 18 lipca 2014 roku jest świadczeniem nienależnym. Ponadto organ rentowy podał, iż płatnik składek nie jest zobowiązany do korekty dokumentów.

Decyzją z dnia 4 marca 2015 roku nr (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. odmówił K. P. prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 11 sierpnia 2014 roku do dnia 2 stycznia 2015 roku.

Decyzją z dnia 4 marca 2015 roku nr (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. zobowiązał lekarza D. Z. do zwrotu nienależnie pobranego przez K. P. zasiłku chorobowego z funduszu chorobowego w kwocie 17.868,48 zł za okres od dnia 11 sierpnia 2014 roku do dnia 30 listopada 2014 roku oraz odsetek w wysokości 634,12 zł. Łączna kwota do zwrotu wynosi 18.502,69 zł.

W oparciu o tak ustalony stan faktyczny Sąd Rejonowy uznał, iż odwołanie jest zasadne i skutkuje zmianą zaskarżonej decyzji.

Sąd wskazał, że okoliczności stanu faktycznego nie były przedmiotem sporu. W sprawie jest więc bezspornym, że w okresie od dnia 11 sierpnia 2014 roku do dnia 30 listopada 2014 roku organ rentowy wypłacił K. P. nienależne świadczenia w postaci zasiłku chorobowego w kwocie 17.868,48 zł. Bezspornym jest również fakt, iż wnioskodawca nie wskazał na przedmiotowych zaświadczeniach kodu literowego niezdolności do pracy A, który winien być wpisany w przypadku gdy kolejna niezdolność do pracy powstała w okresie nie przekraczającym 60 dni i jest spowodowana tą samą chorobą.

Sporna kwestia sprowadzała się do udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy lekarz D. Z. jest zobowiązany do zwrotu wypłaconych K. P. świadczeń wraz odsetkami, to jest łącznie kwoty 18.502,96 zł, jako świadczenia nienależnego w związku z przekazaniem przez inny podmiot danych mających wpływ na prawo do świadczenia.

Sąd podniósł, że zgodnie z art. 84 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (tj. Dz. U. z 2015 r. poz. 121, z późn., zm.) osoba, która pobrała nienależne świadczenie z ubezpieczeń społecznych, jest obowiązana do jego zwrotu, wraz z odsetkami, w wysokości i na zasadach określonych przepisami prawa cywilnego, z uwzględnieniem ust. 11.

W myśl ust. 2 art. 84 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.

Zgodnie zaś z ust. 6 art. 84 jeżeli pobranie nienależnych świadczeń zostało spowodowane przekazaniem przez płatnika składek lub inny podmiot nieprawdziwych danych mających wpływ na prawo do świadczeń lub na ich wysokość, obowiązek zwrotu tych świadczeń wraz z odsetkami, o których mowa w ust. 1, obciąża odpowiednio płatnika składek lub inny podmiot.

W judykaturze wyrażany jest pogląd, w myśl którego obowiązek zwrotu wypłaconych nienależnie świadczeń z ubezpieczeń społecznych obciąża płatnika składek lub inny podmiot tylko wówczas, gdy ich pobranie spowodowane zostało przekazaniem przez któregoś z nich nieprawdziwych danych mających wpływ na prawo do świadczeń lub ich wysokość, a jednocześnie brak jest podstaw z art. 84 ust. 2 ustawy systemowej do żądania takiego zwrotu od osoby, której świadczenia te faktycznie wypłacono (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 3 października 2000 r., II UKN 1/00, OSNAPiUS 2002 nr 9, poz. 218; z dnia 10 czerwca 2008 r., I UK 376/07, OSNP 2009 nr 21 – 22, poz. 295; z dnia 17 stycznia 2012 r., I UK 194/11, LEX nr 1227962; z dnia 6 sierpnia 2013 r., II UK 11/13, OSNP 2014 nr 5, poz. 72).

Hipotezą komentowanej normy prawnej objęte są sytuacje przekazywania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych przez płatnika składek danych mających wpływ na podjęcie przez organ rentowy decyzji o przyznaniu ubezpieczonemu prawa do świadczeń z ubezpieczeń społecznych i ich wysokości, jeśli dane te okażą się nieprawdziwe (wyroki Sądu Najwyższego z dnia 4 sierpnia 2009 r., I UK 77/09, opubl. Legalis; z dnia 3 października 2000 r., II UKN 1/00, OSNAPiUS 2002 nr 9, poz. 218).

Sąd Rejonowy wskazał, iż ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych nie definiuje pojęcia "danych nieprawdziwych". Orzecznictwo dotyczące art. 34 i art. 35 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych z dnia 30 października 2002 r. (tj. Dz.U. z 2009 r., Nr 167, poz. 1322, z późn. zm.), w których to przepisach ustawodawca dokonał rozróżnienia danych nieprawdziwych od danych nieprawidłowych nie pozostawia zaś wątpliwości przede wszystkim co do tego, że zakresowo czym innym są "dane nieprawidłowe", a czym innym "dane nieprawdziwe". (wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych z dnia 6 września 2012 r. sygn. II UK 39/12, MoPr 2013 nr 1, str. 49, Legalis Numer 550518, wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 19 września 2013 r. sygn. III AUa 109/13, opubl. Legalis Numer 744176). Nieobojętny jest więc, zdaniem Sądu Najwyższego, element winy w zachowaniu płatnika, zwłaszcza kierunkowej co do wprowadzenia w błąd przez podanie danych nieprawdziwych. W wyroku z dnia 6 września 2012 r. sygn. II UK 39/12 Sąd Najwyższy zauważył, że już tylko słownikowo (semantycznie) przymiotnik „nieprawidłowy” oznacza: nie taki, jaki powinien być, niezgodny z ustalonymi przepisami, normami, prawidłami, a tymczasem słowo „nieprawdziwy” oznacza: stan niezgodny z prawdą, z rzeczywistością, ze stanem faktycznym, kłamliwy, zmyślony, nierzeczywisty.

Ponadto Sąd Rejonowy podkreślił, iż zgodnie z art. 59 ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa organ rentowy uprawniony jest do kontrolowania zasadności i rzetelności wystawienia zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy, w tym do zażądania od wystawiającego zaświadczenie lekarskie udostępnienia dokumentacji medycznej stanowiącej podstawę wystawienia zaświadczenia lub udzielenia wyjaśnień i informacji w sprawie (wyrok SO z dnia 26 listopada 2013 roku, sygn. akt IV Ua 17/13, LEX nr 1718211). Toteż w wypadku powziętych wątpliwości w skutek braku kodu niezdolności A organ rentowy powinien wezwać do złożenia wyjaśnień lekarza, który wystawił zaświadczenie lub lekarza orzecznika ZUS, do którego wpłynęły oryginały zwolnień lekarskich (wyrok SO, sygn. akt IV Ua 36/13, LEX nr 1869348).

Jak wynika z zebranego materiału dowodowego kontrola wydanych przez wnioskodawcę zaświadczeń z dnia 25 kwietnia 2014 roku oraz z dnia 9 lipca 2014 roku została dopiero przeprowadzona w okresie pomiędzy 12 stycznia 2015 roku (data wpłynięcia wniosku płatnika składek), a 19 stycznia 2015 roku (data odpowiedzi na pismo). Sąd Rejonowy nie miał wątpliwości, iż organ rentowy był w posiadaniu oryginału zaświadczeń lekarskich wystawionych przez wnioskodawcę. Organ rentowy nie kwestionował przedstawionych zaświadczeń. Organ rentowy bez wątpienia miał możliwość wcześniejszego wykrycia braków w przedłożonym zaświadczeniu, miał możliwość porównania obu zaświadczeń, a ponadto jak wynika z wydruków z programu rentowego znajdującego się w aktach ZUS, organ miał podany numer statystyczny choroby, który w obu zaświadczeniach był taki sam – G 54.

W ocenie Sądu I instancji organ rentowy nie uczynił zadość obowiązkowi wynikającemu z art. 7 Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz.U.2016.23 z dnia 2016.01.07) do podejmowania wszelkich czynności niezbędnych do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego oraz do załatwienia sprawy, przy uwzględnieniu interesu społecznego i słusznego interesu obywateli. Rozpoznając zatem wniosek o przyznanie świadczenia organ rentowy powinien był rozważyć, czy do wniosku dołączono wszystkie niezbędne dokumenty, a zawarte w tych dokumentach dane wystarczają do podjęcia decyzji w kwestii prawa ubezpieczonego do dochodzonego świadczenia i jego wysokości. Jeśli nie - powinien zażądać dostarczenia brakujących dokumentów i wyjaśnić wątpliwości wynikające z analizy zawartych w nich informacji. W konsekwencji za dominujący w orzecznictwie Sąd uznał słuszny pogląd, zgodnie z którym organ rentowy odpowiedzialny za wypłatę świadczeń z ubezpieczeń społecznych nie jest zwolniony z dokładnego, merytorycznego zbadania kierowanej do niego dokumentacji. Jeśli więc pobranie nienależnych świadczeń spowodowane było nie tylko błędem wnioskodawcy, płatnika składek ale i organu rentowego, nie można żądać od lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie zwrotu tychże świadczeń (por. wyroki Sądów Apelacyjnych: w Katowicach z dnia 9 grudnia 2008 r., sygn. III AUA 1227/08, opubl. Legalis numer 187291, w Poznaniu z dnia 23 lipca 2009 r., III AUA 448/09, opubl. Legalis Numer 237777, w Białymstoku z dnia 14 maja 2013 r., III AUA 1131/12, opubl. Legalis numer 740110, w Lublinie z dnia 28 maja 2014 r., III AUA 294/14, opubl. Legalis numer 992693; a także wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 lutego 2015 r. II UK 127/14, opubl. Legalis, numer 1231771).

Wobec powyższego w ocenie Sądu I instancji w stanie faktycznym rozpoznawanej sprawy brak jest podstaw do żądania zwrotu od D. Z. zasiłku chorobowego wypłaconego K. P., gdyż do jego wypłaty nie doszło wskutek przekazania przez wnioskodawcę nieprawdziwych informacji, lecz na skutek wadliwie wypisanego zaświadczenia lekarskiego poprzez niewypełnienie rubryki nr 16. Nie było tym samym podstaw do zastosowania art. 84 ust. 6 ustawy systemowej, skoro nie można uznać, że przedstawione przez wnioskodawcę dane były nieprawdziwe, przez niego zmyślane. Nie ma przy tym także podstaw do uznania, że wypłata świadczeń z ubezpieczenia chorobowego K. P., na skutek braku kodu A w rubryce nr 16 zaświadczenia, nastąpiła w efekcie świadomego wprowadzenia organu rentowego w błąd. Po rozpoznaniu niniejszej sprawy, Sąd stwierdził, iż taka przesłanka, nie zachodzi. Kluczową podstawą takiego wniosku jest, iż dane zawarte w zaświadczeniu lekarskim powinny być nieprawdziwe, czyli niezgodne ze stanem faktycznym. Tym samym, niezgodne z prawem działanie nie oznacza przekazania nieprawdziwych danych (podobnie: Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 13.11.2003 r., sygn. akt III AUa 1142/02).

Z tych wszystkich względów Sąd przyjął, że wnioskodawca nie ma obowiązku zwrotu świadczeń pobranych przez K. P. w spornym okresie i w konsekwencji zmienił zaskarżoną decyzję.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. w zw. z § 11 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28.09.2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U. nr 163 poz. 1349 w wersji przed 1 sierpnia 2015 roku).

Apelację od powyższego orzeczenia w całości wniósł organ rentowy.

Zaskarżonemu wyrokowi zarzucił:

- naruszenie prawa materialnego, a w szczególności art. 84 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2015r. poz. 121 z p.zm.) poprzez niewłaściwą wykładnię i błędne jego zastosowanie oraz ustalenie, że odwołujący się nie jest zobowiązany do zwrotu zasiłku chorobowego pobranego przez K. P. za okres od 11.08.2014r. do 30.11.2014r. wraz z należnymi odsetkami.

Zdaniem apelującego przyznanie świadczeń na skutek błędnie wystawionego zaświadczenia lekarskiego obciąża podmiot wystawiający ten dokument niezależnie czy miał on na celu wprowadzenie w błąd organu rentowego świadomie, czy też na skutek niedbalstwa. W niniejszym przypadku wystawienie zaświadczenie o niezdolności do pracy w sposób nierzetelny poprzez nie umieszczenie na zwolnieniu lekarskim odpowiedniego kodu identyfikującego typ tej samej jednostki chorobowej powstałej po przerwie w okresie nieprzekraczającym 60 dni - stanowi o zawinieniu samego lekarza i jest równoznaczne z tym, że przekazał nieprawdziwe dane w rozumieniu art. 84 ust. 6 powołanej ustawy.

Zdaniem skarżącego winy tej w takim przypadku nie można przerzucać w części na organ rentowy, który wprowadzić ma wgląd do bazy informacyjnej o okresach i przyczynie niezdolności, ale nie ma podstaw do sprawdzania dokumentacji wówczas gdy płatnikiem jest tu zakład pracy. Tak więc nie było po stronie ZUS ani powodu ani okazji do przeprowadzania w odpowiednio krótkim czasie weryfikacji zaświadczeń czyli w okresie, w którym płatnik realizował wypłatę świadczenia. Natomiast również winy nie można szukać w postępowaniu płatnika składek realizującego w dobrej wierze wypłatę na podstawie dokumentu, który powinien być wystawiony w sposób prawidłowy przez lekarza odpowiednio w tym zakresie przeszkolonego i który jest zobligowany do przestrzegania określonych zasad orzekania o czasowej niezdolności do pracy.

Wskazując na powyższe skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w całości i oddalenie odwołania od decyzji z dnia 4.03.2015r.

W odpowiedzi na powyższe pełnomocnik wnioskodawcy wniósł o oddalenie apelacji organu rentowego i zasądzenie od pozwanego na rzecz odwołującego się kosztów procesu za obie instancje, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm prawem przepisanych.

### **Sąd Okręgowy w Łodzi zważył co następuje.**

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

Zaskarżony wyrok Sądu Rejonowego jest prawidłowy i znajduje oparcie zarówno w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym, jak i obowiązujących przepisach prawa.

Sąd Okręgowy w pełni aprobuje ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji i przyjmuje je za własne, podziela również wywody prawne zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, nie znajdując żadnych podstaw do jego zmiany bądź uchylecia.

Zgodnie z art. 84 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, osoba, która pobrała nienależne świadczenie z ubezpieczeń społecznych, jest obowiązana do jego zwrotu, wraz z odsetkami, w wysokości i na zasadach określonych przepisami prawa cywilnego.

Według art. 84 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, 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.

Z kolei w myśl ust. 6 art. 84 jeżeli pobranie nienależnych świadczeń zostało spowodowane przekazaniem przez płatnika składek lub inny podmiot nieprawdziwych danych mających wpływ na prawo do świadczeń lub na ich wysokość, obowiązek zwrotu tych świadczeń wraz z odsetkami, o których mowa w ust. 1, obciąża odpowiednio płatnika składek lub inny podmiot.

W orzecznictwie sądowym wyrażany jest pogląd, że brzmienie art. 84 ust. 6 u.s.u.s. nie daje podstaw do przyjęcia, iż ustalenie odpowiedzialności płatnika składek lub innego podmiotu za pobrane nienależnie świadczenia z ubezpieczeń społecznych wymaga ustalenia winy tego płatnika składek lub innego podmiotu za przekazanie nieprawdziwych danych. Oznacza to, że odpowiedzialność płatnika składek lub innego podmiotu za pobrane nienależnie świadczenia z ubezpieczeń społecznych ma charakter obiektywny i do jej wystąpienia wystarczające jest ustalenie, że pobranie nienależnych świadczeń z ubezpieczeń społecznych jest wynikiem przekazania przez płatnika składek lub inny podmiot nieprawdziwych danych. (por. postanowienie SN z dnia 23 marca 2010 r., I UK 12/10, Legalis, wyrok SA w Gdańsku z dnia 8 stycznia 2013 r., III AUa 998/12, LEX nr 1282553, wyroki Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 14 listopada 2008 r., III AUa 644/08, LEX nr 551999, i z dnia 3 grudnia 2003 r., III AUa 2325/02, LEX nr 1935120). Niemniej jednak nie należy tracić z pola widzenia, że w przepisie art. 84 ust. 6 u.s.u.s. mowa jest tylko o przekazaniu nieprawdziwych danych, a więc danych niezgodnych z rzeczywistością, choć w istocie przepis ten nie wyszczególnia przyczyn ich przekazania, jak ma to miejsce w art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 3 grudnia 2013 r., III AUa 297/13, LEX nr 1409156). W zakresie pojęcia nieprawdziwe dane (art. 84 ust. 6 u.s.u.s.) nie mieszczą zaś się dane niekompletne. Określenie "nieprawdziwe" oznacza bowiem tyle co niezgodne ze stanem faktycznym, zmyślane i pozbawione cech rzeczywistości. (Wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 24 czerwca 2015 r. III AUa 206/15 LEX nr 1754022) W wyroku z dnia 6 marca 2013 r. w sprawie sygn akt III AUa 124/13 Sąd Apelacyjny w Lublinie stwierdził wprost, iż odpowiedzialność płatnika składek (innego podmiotu) na podstawie art. 84 ust. 6 u.s.u.s. wynika z nieprawdziwości przekazanych danych, a nie z

ewentualnego przekazania danych niekompletnych. W tym ostatnim przypadku, to na organie rentowym spoczywa obowiązek zgromadzenia dokumentów danych niezbędnych do wydania decyzji. Nadto w każdym przypadku, czyli nawet w przypadku ewentualnego podania przez odwołującego nieprawdziwych danych, organ rentowy jako organ administracji publicznej odpowiedzialny za wypłatę świadczeń z ubezpieczeń społecznych - nie jest zwolniony z dokładnego, merytorycznego zbadania kierowanej do niego dokumentacji. (tak SA w Krakowie z dnia 16 stycznia 2014 r., III AUa 883/13, LEX nr 1425424). Jeżeli pobranie nienależnych świadczeń spowodowane było nie tylko błędem płatnika czy innego podmiotu, ale i organu rentowego, nie może ów organ wydać decyzji zobowiązującej ten podmiot do zwrotu pobranych świadczeń (wyrok s.apel. w Gdańsku 2015.09.03 III AUa 493/15 LEX nr 1820420).

Konkludując z gramatycznej wykładni przepisu art. 84 ust. 6 ustawy z 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych wynika, że wypłacenie przez organ rentowy nienależnych świadczeń winno być spowodowane wprowadzeniem organu rentowego w błąd - przekazaniem nieprawdziwych danych przez płatnika lub inny podmiot. (wyrok s.apel w Katowicach z 2008.11.14 III AUa 644/08 LEX nr 551999).

Sąd Okręgowy, wbrew zapatrywaniom apelacji, zgadza się z oceną Sądu Rejonowego, że analiza stanu faktycznego sprawy pod wskazanym kątem uniemożliwia uznanie, iż wnioskodawca D. Z. przekazał nieprawdziwe dane i wprowadzając organ rentowy w błąd doprowadził do wypłacenia przez organ rentowy K. P. nienależnego zasiłku chorobowego za okres od 11 sierpnia 2014 r. do 30 listopada 2014 r..

Bezspornym jest, iż wnioskodawca wystawiając zwolnienie lekarskie ubezpieczonej za okres od 9 lipca 2014 r. do 26 lipca 2014 r. pomimo spoczywającego na nim w tym zakresie obowiązku z nieustalonych przyczyn nie umieścił kodu literowego A podając jednak numer statystyczny choroby – G54 szczegółowo ją identyfikujący i pozwalający na jej porównanie z przyczyną niezdolności do pracy występującej poprzednio. Jednakże powyższe niewłaściwe wypełnienie dokumentu, zdaniem Sądu Okręgowego, nie może być utożsamiane z przekazaniem przez lekarza organowi rentowemu i płatnikowi nieprawdziwych danych mających bezpośredni wpływ na prawo do świadczeń. Lekarz wypełniając zwolnienie lekarskie podał prawdziwe informacje, jednak umieszczone na druku dane nie były kompletne. Bez względu na świadomość lub nie rzetelności działania w tym zakresie, nie sposób więc mówić o podaniu danych niezgodnych z ze stanem faktycznym - nieprawdziwych.

Nieuprawnionym jest też twierdzenie apelacji, iż niekompletność druku zaświadczenia zniekształciła stan faktyczny jaki powinien z niego wynikać, zakłamała część informacji jakie winien odczytać z niego płatnik, co w efekcie doprowadziło nieuprawnionej wypłaty świadczeń pacjentce wnioskodawcy, a wnioskodawca jako lekarz niedopełniający swych obowiązków w zakresie orzekania o czasowej niezdolności do pracy powinien ponieść za ten stan rzeczy odpowiedzialność.

Odnosząc się do powyższego z całą stanowczością podnieść należy, że wskazane zakłamanie nie było efektem postępowania wnioskodawcy. Znamiennym jest, iż organ rentowy dysponując wskazanym drukiem zwolnienia bezzwłocznie nie zweryfikował jego treści, choć powyższe bez wątpienia należało do jego obowiązków. Nie usprawiedliwia go przy tym fakt, iż świadczenie K. P. zostało wypłacone przez płatnika. To bowiem na organie rentowym jako organie administracji publicznej, a nie na płatniku spoczywa odpowiedzialność za wypłatę świadczeń z ubezpieczeń społecznych. Tym samym bezwzględnie to na nim spoczywał obowiązek merytorycznego zbadania kompletności kierowanej do niego dokumentacji stanowiącej podstawę dla wypłaty świadczeń. W rozpoznawanym przypadku takiej niezwłocznej weryfikacji wystawionego przez wnioskodawcę zwolnienia lekarskiego organ rentowy zaniechał. Z tych też względów fakt wypłaty nienależnych świadczeń nie był rezultatem działania lekarza, który na skutek podania nieprawdziwych danych wprowadził go w błąd, lecz efektem własnych zaniechań organu rentowego, który na czas nie zweryfikował niekompletnych danych zawartych w zaświadczeniu lekarskim. Organ rentowy wszedł w posiadanie wskazanego dokumentu bezzwłocznie. Dane zawarte w zaświadczeniu, takie jak numer statystyczny choroby pozwalały na jednoznaczne stwierdzenie czy niezdolność do pracy ubezpieczonej powstała z tych samych przyczyn co poprzednio. W związku z tym nawet bez wezwania wnioskodawcy do uzupełnienia niekompletnych danych organ rentowy mógł stwierdzić brak podstaw do dalszej wypłaty świadczeń.

Wnioski wywiedzione przez Sąd Rejonowy co do braku podstaw do żądania zwrotu nadpłaconych kwot od wnioskodawcy, który nie podał organowi rentowemu nieprawdziwych danych prowadzących do wypłacenia nienależnych świadczeń, są więc w pełni prawidłowe.

Zaskarżony wyrok odpowiada zatem prawu.

Biorąc powyższe pod uwagę, na mocy art. 385 kpc, Sąd Okręgowy w Łodzi oddalił, apelację organu rentowego jako bezzasadną.

O zwrocie kosztów procesu za II instancję poniesionych przez wnioskodawcę orzeczono na podstawie art. 98 kpc w zw. z § 10 ust. 1 pkt. 1 w zw. z § 9 ust 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U. 2015 poz 1804).