

**Sygn. akt VI U 199/14**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 lutego 2015 r.

**Sąd Rejonowy dla Warszawy Pragi-Północ w W., VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych**

w składzie:

Przewodniczący:	SSR Dorota Michalska
Protokolant:	inspektor Joanna Kordys

po rozpoznaniu w dniu 26 lutego 2015 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy M. O.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w W.

z udziałem zainteresowanej A. Ż.

o zwrot nienależnie wypłaconego zasiłku chorobowego

na skutek odwołania M. O.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w W. z dnia 11 kwietnia 2014 roku, nr sprawy: (...)

zmienia zaskarżoną decyzję w całości w ten sposób, że stwierdza brak podstaw do zwrotu Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych przez M. O. wypłaconego na rzecz A. Ż. zasiłku chorobowego wraz z odsetkami w łącznej kwocie 6.246,79 zł (sześć tysięcy dwieście czterdzieści sześć złotych siedemdziesiąt dziewięć groszy).

Sygn. akt VI U 199/14

## UZASADNIENIE

Pismem z dnia 9 maja 2014 r. M. O. wniósł odwołanie od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych II Oddziału w W. z dnia 11 kwietnia 2014 r. znak: (...) - 6000 - (...) - (...), wnosząc o jej uchylenie w całości.

Zaskarżoną decyzją Zakładu Ubezpieczeń Społecznych zobowiązał skarżącego do zwrotu nienależnie wypłaconego Pani A. Ż. zasiłku chorobowego wraz z odsetkami w łącznej kwocie 6.246,79 zł, na którą składała się należność główna w wysokości 5.974,54 zł za okres od 31.08.2013 r. do 20.01.2014 r. i odsetki w wysokości 272,25 zł. W uzasadnieniu wskazano, że zajmował się leczeniem A. Ż., zatrudnionej w Spółdzielczej Kasie Oszczędnościowo-Kredytowej (...) w W.. Zgodnie z wystawianymi przez niego zwolnieniami lekarskimi, ubezpieczona była niezdolna do pracy z powodu choroby w okresie 01.03.2013 – 27.08.2013 r. i od 29.08.2013 r. do 21.02.2014 r. a następnie od 25.02.2014 r. do 6.03.2014 r. Pracodawca zwrócił się do niego w piśmie z dnia 05.09.2013 r. z prośbą o udzielenie informacji, czy ponowna niezdolność do pracy trwająca od 29.08.2013 r. spowodowana była tą samą chorobą, która spowodowała niezdolność do pracy trwającą do 27.08.2013 r. Odwołujący się w odpowiedzi wskazał, że niezdolność do pracy

trwająca od 29.08.2013 r. spowodowana była inną niż dotychczas jednostką chorobową. Na podstawie tej informacji został otwarty nowy okres zasiłkowy i wypłacono pracownicy zasiłek. Tymczasem na podstawie przekazanych druków (...) organ rentowy ustalił, że niezdolność do pracy w okresie od 29.08.2013 r. oznaczona była tym samym kodem literowym, co niezdolność do pracy trwająca do 27.08.2013 r. a zatem podlegała ona, jak i kolejne okresy niezdolności, zliczeniu w jeden okres zasiłkowy, który upłynął w dniu 30 sierpnia 2013 r. W konsekwencji zasiłek chorobowy za okres od 31.08.2013 r. został pobrany nienależnie i podlegał zwrotowi.

W uzasadnieniu odwołania od powyższej decyzji M. O. podniósł, że był lekarzem z niedługim, bo pięcioletnim, stażem wykonywania zawodu. A. Ż. pozostawała pod jego opieką lekarską od 26.07.2012 r. W dniu 28.02.2013 r. doznała silnych dolegliwości bólowych w okolicy lędźwiowej kręgosłupa, z towarzyszącymi zaburzeniami korzeni nerwowych w tym odcinku pod postacią deficytów neurologicznych szczegółowo opisanych na poszczególnych kartach historii choroby (kod (...) 10 – G54). Przyczyny powstania dolegliwości zostały ujęte podczas wizyty w tym dniu. Dodatkowo z zebranego wywiadu chorobowego wynikało, że przed laty przeszła ona silny, krótki epizod depresji (kod F32), która to choroba nie występowała obecnie i nie miała związku z aktualnym problemem zdrowotnym, stanowiącym podstawę do uznania jej niezdolności do pracy. Pacjentka była również obserwowana przez innego lekarza w kierunku nadciśnienia tętniczego (kod I10). W dokumentacji medycznej odwołujący odnotował oznaczenia chorób – aktualnej G54 jak i przeszłych, nie mających związku z aktualnym problemem – F32 i I10. Odwołujący uznał niezdolność pacjentki do pracy udzielając jej zwolnienia od 1.03.2013 r. do 14.03.2013 r. Kolejne wizyty lekarskie, odbywające się do 26.08.2013 r. zostały dokładnie opisane w dokumentacji medycznej. Zawierały one datę wizyty, problemy zdrowotne wraz z oznaczeniami według klasyfikacji (...) 10 na wstępie, przy czym umieszczano kilka oznaczeń a na pierwszym miejscu opisywany był bieżący problem zdrowotny, dokładny wywiad podmiotowy, badanie przedmiotowe, zalecenia lekarskie, dodatkowe badania i określenie niezdolności do pracy i czasu jej trwania.

Podczas jednej z kolejnych wizyt, w dniu 11.04.2013 r., M. O. popełnił błąd przy wypisywaniu druku (...) i wpisał błędne oznaczenie choroby – zamiast aktualnego problemu zdrowotnego G54 wpisał F32, która to choroba aktualnie nie stanowiła problemu i nie wpływała na przyczynę aktualnej niezdolności do pracy. W jego ocenie była to oczywista pomyłka powstała przy wypisywaniu druku (...) w związku z przepisywaniem danych z historii choroby, wynikająca z pośpiechu i zmęczenia pracą. Podczas kolejnych wizyt wypisywał druki (...) nаноsząc dane osobowe i pozostałe na podstawie druku wypisanego właśnie podczas wizyty w dniu 11.04.2013 r. Z historii choroby przy tym jednoznacznie wynikało, że pacjentka w okresie 01.03.2013 r. do 27.08.2013 r. cierpiała na ostry zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowego z zaburzeniami korzeni rdzeniowych pod postacią deficytów neurologicznych, czyli na chorobę oznaczoną kodem G54 a nie F32. Na zwolnieniach lekarskim w tym okresie powinien być zatem wpisany kod G54.

W dniu 27.08.2013 r., podczas kolejnej wizyty lekarskiej, M. O. uznał brak przeciwwskazań do kontynuowania pracy zawodowej, o czym świadczył wpis „Odzyskała pełną sprawność i zdrowie. Zakończono proces diagnostyczny i terapeutyczny. Wydano zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia i zakończeniu procesu terapeutycznego na potrzeby lekarza rodzinnego i medycyny pracy. Brak przeciwwskazań do kontynuacji pracy po dniu 27.08.2013 r.” Następnego dnia, według twierdzeń pacjentki, powróciła ona do pracy, zaś w dniu 29.08.2013 r. zgłosiła się do niego ponownie w stanie ogólnym średnio-ciężkim, z utrudnionym kontaktem słowno – logicznym z objawami depresji – F32. Po zebraniu wywiadu o przeprowadzeniu badania stwierdził niezdolność do pracy z tego tytułu do 12.09.2013 r. Jednocześnie wykluczył związek poprzedniej jednostki chorobowej z aktualną.

W trakcie kolejnych wizyt stwierdzał dalszy okres niezdolności do pracy A. Ż. spowodowany depresją. Jednakże podczas wypisywania zwolnienia lekarskiego w dniu 13.09.2013 r., w pośpiechu, przepisując dane osobowe z wcześniejszego, archiwalnego druku zwolnienia, ponownie popełnił błąd w oznaczeniu choroby i wpisał kod G54 zamiast F32. Kod ten został wpisany omyłkowo, gdyż poprzedni problem zdrowotny – ostry zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowego z deficytem neurologicznym oznaczony kodem G54 nie stanowił po 27.08.2013 r. problemu zdrowotnego i nie miał wpływu na aktualny problem zdrowotny a więc depresję oznaczoną kodem F32, co zostało odnotowane w dokumentacji medycznej.

W dniu 21.02.2014 r. podczas kolejnej wizyty lekarskiej uznał, że nie widzi przeciwwskazań do kontynuowania przez A. Ż. pracy zawodowej po okresie zakończenia tej niezdolności do pracy, a więc od 22.02.2014 r.

W związku z powyższym podkreślił, że po otrzymaniu pisma pracodawcy z prośbą o udzielenie odpowiedzi, czy niezdolność do pracy od dnia 29.08.2013 r. stanowiła nową jednostkę chorobową, odpowiedział twierdząco, zgodnie ze stanem faktycznym przedstawionym powyżej i dokumentacją medyczną. Nie miał na celu wprowadzenia w błąd pracodawcy czy ZUS, zaś jego omyłka była czysto ludzkim błędem przy wypisywaniu jednego z wielu druków.

(odwołanie – k. 1 - 47)

Na rozprawie w dniu 24 września 2014 r. M. O. dodatkowo podniósł, że lekarz orzecznik ZUS miał dostęp do prowadzonej przez niego dokumentacji medycznej i nie skorzystał z możliwości dokonania jej oceny przez lekarza psychiatrę czy neurologa.

(protokół – k. 60 – 61)

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie. W uzasadnieniu wskazał, że A. Ż. była niezdolna do pracy z powodu choroby w okresach 1.03.2013 r. do 27.08.2013 r., od 29.08.2013 r. do 21.02.2014 r. i od 25.02.2014 r. do 6.03.2014 r. Okresy te podlegały zliczeniu do jednego okresu zasiłkowego, który został wyczerpany z dniem 30.08.2013 r. po upływie 182 dni. Wynikało to z analizy druków (...), na których wskazano, że niezdolność do pracy w okresie od 29.08.2013 r. do 12.09.2013 r. została oznaczona tym samym kodem literowym, co niezdolność do pracy trwająca do 27.08.2013 r. a zatem przerwa pomiędzy nimi nie przekroczyła 60 dni. Ze względu jednak na informację przekazaną przez M. O. o tym, że niezdolność do pracy przypadająca po 29.08.2013 r. spowodowana była inną niż dotychczasowa jednostką chorobową, otwarto nowy okres zasiłkowy, wypłacając A. Ż. zasiłek chorobowy za następne okresy. W związku z powyższym, skoro wypłata nienależnego zasiłku chorobowego nastąpiła na skutek podania przez niego nieprawdziwych danych dotyczących przyczyn niezdolności A. Ż. do pracy, to był on zobowiązany do jego zwrotu. Odwołanie nie wniosło zaś do sprawy żadnych nowych okoliczności, mogących skutkować zmianą bądź uchYLENIE ZASKARŻONEJ DECYZJI.

(odpowiedź na odwołanie – k. 48 - 49)

W uzupełnieniu swojego stanowiska organ rentowy wskazał, że twierdzenia odwołującego się o popełnieniu błędu przy wypisywaniu zwolnień lekarskich były niewiarygodne. Błąd to jednorazowe, przypadkowe działanie, zaś lekarz wystawił 20 druków (...) w okresie 12.04.2013 r. – 27.08.2013 r. co świadczyło o świadomym i powtarzalnym działaniu. Uzasadnienie wpisania niewłaściwego kodu choroby było zatem nieprawdopodobne, tym bardziej, że lekarz dobrze znał pacjentkę wobec tak licznych wizyt, w tym nawet domowych, nadto był jedynym lekarzem wystawiającym jej zwolnienia. Ponadto brak było dodatkowych badań takich jak rtg kręgosłupa czy konsultacji specjalisty neurologa czy psychiatry przy tak długim okresie niezdolności do pracy.

(pismo procesowe – k. 93 – 95)

Postanowieniem z dnia 24 września 2014 r. Sąd wezwał do udziału w sprawie A. Ż., która nie zajęła stanowiska w sprawie.

(postanowienie – k. 61)

### **Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

A. Ż. była niezdolna do pracy z powodu choroby nieprzerwanie w okresie od 01.03.2013 r. do 27 sierpnia 2013 r., następnie od 29.08.2013 r. do 25.02.2014 r. (okoliczności bezsporne, zestawienie zaświadczeń wybranego ubezpieczonego – k. 15 akt sprawy organu rentowego, karta zasiłkowa – k. 7 akt sprawy organu rentowego, dane o

pobieranych świadczeniach i przerwach w zatrudnieniu ubezpieczeniowego – k. 14 akt sprawy organu rentowego, wnioski o wydanie opinii – k. 17 akt sprawy organu rentowego)

Niezdolność do pracy w pierwszym wskazanym okresie spowodowana była zespołem bólowym kręgosłupa, które to schorzenie, według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (...)10 oznacza się symbolem G54 - zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych. Podczas wizyty lekarskiej w dniu 27 sierpnia 2013 r. stwierdzono, że pacjentka odzyskała pełną sprawność, zdrowie i zdolność do pracy oraz że zakończono proces diagnostyczny i terapeutyczny. (dokumentacja medyczna – k. 9 – 25, opinia biegłego neurologa – k. 80)

W dniu 28 sierpnia 2013 r. A. Z. wykorzystała urlop wypoczynkowy na żądanie. (pismo pracodawcy z 4.12.2013 r. – k. 4, pismo pracodawcy z 25.03.2014 r. – k. 12, pismo ZUS z 12.03.2014 – k. 11 – wszystkie w aktach sprawy organu rentowego)

Od dnia 29 sierpnia 2013 r. A. Ż. ponownie była niezdolna do pracy. Podczas wizyty lekarskiej rozpoznano u niej ostry epizod depresyjny, dla której to choroby właściwy jest symbol F32. Z tego powodu była leczona do 21 lutego 2014 r. Podczas wizyty lekarskiej w tym dniu stwierdzono brak przeciwwskazań do kontynuowania pracy. Nowa jednostka chorobowa nie była związana z poprzednią, gdyż schorzenia opisane kodami G54 i F32 dotyczą różnych chorób - neurologicznej i psychiatrycznej. (dokumentacja medyczna – k. 26 – 38, opinia biegłego psychologa – k. 65 – 67)

Lekarzem, pod którego wyłączną opieką zdrowotną w okresie 01.03.2013 r. – 21.02.2014 r. pozostawała A. Ż., był M. O., który prowadził jej dokumentację medyczną i wystawiał zwolnienia lekarskie na drukach (...).

W pierwszym okresie ciągłej niezdolności do pracy A. Ż., tj. od 01.03.2013 r. do 27.08.2013 r., na zwolnieniach lekarskich wpisał dwa symbole statystyczne choroby: od 01.03.2013 r. do 11.04.2013 r. symbol G54 i od 12.04.2013 r. do 27.08.2013 r. symbol F32. W drugim okresie jej ciągłej niezdolności do pracy, tj. od 29.08.2013 r. do 21.02.2014 r. także podawał dwa różne symbole choroby: od 29.08.2013 r. do 12.09.2013 r. był to symbol F32, zaś od 13.09.2013 r. do 21.02.2014 r. – G54. (okoliczności bezsporne, dokumentacja medyczna – k. 9 – 45, zestawienie zaświadczeń wybranego ubezpieczonego – k. 15, wnioski o wydanie opinii – k. 17 – wszystko w aktach sprawy organu rentowego)

Pracodawca A. Ż. – (...) Kasa Oszczędnościowo-Kredytowa w W., po otrzymaniu kolejnego zwolnienia lekarskiego A. Ż. (...) za okres 29.08.2013 r. do 12.09.2013 r., zwrócił się pismem z 05.09.2013 r. do M. O. o udzielenie informacji, czy ta niezdolność do pracy była spowodowana tą samą chorobą, co niezdolność z okresu 01.03.2013 r. - 27.08.2013 r. (180 dni), która to informacja była niezbędna do ustalenia prawidłowego okresu zasiłkowego. W odpowiedzi, w piśmie z dnia 30.09.2013 r., M. O. oświadczył, że niezdolność A. Ż. w okresie 29.08.2013 r. – 12.09.2013 r. spowodowana była inną jednostką chorobową aniżeli poprzedni okres. W związku z tym pracodawca uznał, że został otwarty nowy okres zasiłkowy i nadal wypłacał A. Ż. zasiłek. (pismo z 5.09.2013 r. – k. 46, odpowiedź – k. 47, pisma pracodawcy z 4.12.2013 r. 25.03.2014 r. – k. 4 i 12 akt sprawy organu rentowego)

W piśmie z dnia 19.11.2013 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych poinformował pracodawcę A. Ż., że skierował do kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy jej zwolnienie lekarskie za okres 29.08.2013 r. do 12.09.2013 r., która to kontrola nie została przeprowadzona z powodu jej niestawiennictwa do lekarza orzecznika ZUS. Wskazał także, że zgodnie z posiadaną dokumentacją, była ona nieprzerwanie niezdolna do pracy z powodu choroby w okresie 01.03.2013 r. do 13.11.2013 r., wobec czego jej okres zasiłkowy 182 dni upłynął z dniem 30.08.2013 r., stąd nie było podstaw do wypłaty zasiłku chorobowego od 31.08.2013 r. do 13.11.2013 r. W odpowiedzi pracodawca oświadczył, że była ona niezdolna do pracy od 01.03.2013 r. do 27.08.2013 r., tj. 180 dni, następnie wykorzystała 1 dzień urlopu wypoczynkowego na żądanie a od dnia 29.08.2013 r. była ponownie niezdolna do pracy. Z informacji uzyskanej od lekarza M. O. wynikało zaś, że niezdolność do pracy od 29.08.2013 r. spowodowana była inną jednostką chorobową, stąd od tego dnia został otwarty nowy okres zasiłkowy. W kolejnych pismach ZUS ponownie wskazywał na konieczność zliczenia niezdolności do pracy A. Ż. w okresach od 01.03.2013 r. – 27.08.2013 r., 29.08.2013 r. – 21.02.2014 r. i 25.02.2014 r. – 06.03.2014 r. do jednego okresu zasiłkowego, który upłynął z dniem 30.08.2013 r. i zwrócił się do pracodawcy o przekazanie zaświadczenia lekarskiego informującego o odzyskaniu przez nią zdolności do pracy z dniem 28.08.2013 r. Pracodawca odpowiedział, że w tym dniu A. Ż. korzystała z urlopu wypoczynkowego na żądanie

a za kolejny okres przesłała zwolnienie lekarskie, stąd nie dostarczyła zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego odzyskanie zdolności do pracy po długotrwałej chorobie. (pismo ZUS z 19.11.2013 r. – k. 3, pismo pracodawcy z 4.12.2013 r. – k. 4, pismo pracodawcy z 25.03.2014 r. – k. 12, pismo ZUS z 20.02.2014 r. – k. 8, pismo ZUS z 12.03.2014 r. – k. 11 – wszystkie w aktach sprawy organu rentowego)

Lekarz orzecznik ZUS w opinii lekarskiej z dnia 15.05.2014 r. stwierdził, że schorzenia A. Ż. o numerach G54 i F32 przebiegały w ciągłości od 01.03.2013 r. do 21.02.2014 r. Decyzją z dnia 11 kwietnia 2014 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w W. znak (...)–6000– (...)– (...) zobowiązał M. O. do zwrotu nienależnie wypłaconego A. Ż. zasiłku chorobowego wraz z odsetkami w łącznej kwocie 6.246,79 zł, na którą składała się należność główna w wysokości 5.974,54 zł za okres od 31.08.2013 r. do 20.01.2014 r. i odsetki w wysokości 272,25 zł. W uzasadnieniu wskazano, że na podstawie przekazanej przez niego do pracodawcy A. Ż. informacji o tym, że jej niezdolność do pracy od 29.08.2013 r. spowodowana była inną jednostką chorobową niż niezdolność do pracy trwająca do 27.08.2013 r., został otwarty nowy okres zasiłkowy i wypłacono jej zasiłek chorobowy. Natomiast na podstawie przekazanych do ZUS oryginałów druków (...) ustalono, że niezdolność do pracy w okresie od 29.08.2013 r. oznaczona była tym samym kodem literowym, co niezdolność do pracy trwająca do 27.08.2013 r. a zatem podlegała ona, jak i kolejne okresy niezdolności, zliczeniu w jeden okres zasiłkowy, który upłynął w dniu 30.08.2013 r. W konsekwencji zasiłek chorobowy za okres od 31.08.2013 r. został pobrany nienależnie i podlegał zwrotowi z odsetkami. (opinia lekarska – k. 16 akt sprawy organu rentowego, decyzja – k. akt sprawy organu rentowego)

Powyższy stan faktyczny ustalono w oparciu o dokumenty znajdujące się w aktach organu rentowego. Autentyczności dokumentów złożonych do akt sprawy żadna ze stron nie kwestionowała, toteż Sąd uznał je za pełnowartościowy materiał dowodowy w sprawie. Sąd oparł się także w całości na opiniach biegłego lekarza psychiatry i neurologa, sporządzonych na okoliczność prawidłowości wniosków wyciągniętych w opinii lekarskiej zastępcy lekarza orzecznika ZUS z 15.05.2014 r. w zakresie stwierdzenie, iż schorzenie G54 i F32 przebiegało w ciągłości od 01.03.2013 r. do 21.02.2014 r. Opinie te były w swej treści jasne, konkretne i kategoryczne, nadto strony procesu nie zgłosiły do nich żadnych zastrzeżeń, stąd w ocenie Sądu wnioski w nich zawarte stanowiły istotny element ustaleń faktycznych.

### **Sąd zważył co następuje:**

Odwołanie uzasadnione i zasługiwało na uwzględnienie.

Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2010 r. nr 77, poz. 512 ze zm.) zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego. Zasiłek chorobowy przysługuje przez okres trwania niezdolności do pracy z powodu choroby - 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 (art. 8). W myśl zaś art. 9 ust. 1 omawianej ustawy, do okresu, o którym mowa w art. 8, zwanego dalej "okresem zasiłkowym", wlicza się wszystkie okresy nieprzerwanej niezdolności do pracy, natomiast ust. 2 stanowi, iż 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. Dowodami stwierdzającymi czasową niezdolność do pracy z powodu choroby przy ustalaniu prawa do zasiłku są zaświadczenia lekarskie (art. 53 ust. 1), które są wystawiane na odpowiednim druku, według wzoru określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 59 ust. 14. Zgodnie zaś z art. 55 ust. 2 pkt 2 zaświadczenie lekarskie zawiera informacje identyfikujące ubezpieczonego, któremu zostało ono wystawione, jego płatnika składek, wystawiającego zaświadczenie lekarskie i jego miejsce wykonywania zawodu oraz okres orzeczonej czasowej niezdolności do pracy, w tym okres pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej, numer statystyczny choroby ustalonej według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, kody literowe, o których mowa w art. 57, i wskazania lekarskie.

W rozpoznawanej sprawie, zwolnienia lekarskie wystawione przez M. O. A. Ż. wskazywały na jej niezdolność do pracy w okresie 01.03.2013 r. – 11.04.2013 r. z powodu choroby określonej symbolem G54, a następnie, od 12.04.2013 r.

– z powodu choroby określonej symbolem F32. A zatem ze względu na ciągłość niezdolności do pracy należało na podstawie art. 8 w/w ustawy zliczyć w jeden okres zasiłkowy niezdolność do pracy od 01.03.2013 r. do 27.08.2013 r., trwający 180 dni. Dzień 28.08.2013 r. stanowił przerwanie okresu niezdolności ubezpieczonej do pracy, bowiem udzielono jej urlopu wypoczynkowego na żądanie. Następny okres niezdolności do pracy, od 29.08.2013 r., został opisany także symbolem F32, zaś skoro od poprzedniej niezdolności do pracy spowodowanej tą samą chorobą nie upłynęło co najmniej 60 dni, także ten okres niezdolności do pracy, od 29.08.2013 r. do 12.09.2013 r., podlegał zliczeniu do poprzedniego okresu zasiłkowego. Dalszy okres niezdolności do pracy, od 13.09.2013 r. – 21.02.2014 r., trwał bez przerwy od poprzedniego, zakończonego 12.09.2013 r., zatem również podlegał zliczeniu do okresu zasiłkowego rozpoczynającego się od 01.03.2013 r. Na tej podstawie organ rentowy doszedł do wniosku, że informacja przekazana pracodawcy A. Ż. przez M. O. w piśmie z dnia 30.09.2013 r., na podstawie której pracodawca w dalszym ciągu wypłacał jej zasiłek, była nieprawdziwa, co rodziło po jego stronie obowiązek zwrotu nienależnie pobranych przez A. Ż. świadczeń.

Stanowisko organu rentowego było w realiach niniejszej sprawy nieuzasadnione. Podstawą wydania zaskarżonej decyzji był art. 84 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, który w ust. 1, 2 i 6 stanowi:

„1. 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.

2. 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.

6. 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 odniesieniu do M. O. nie zaistniały przesłanki do poniesienia odpowiedzialności z art. 84 ust. 6 w/w ustawy. Przede wszystkim aby jakkolwiek podmiot był zobowiązany do zwrotu wypłaconego A. Ż. zasiłku chorobowego, świadczenie to musiałoby być świadczeniem nienależnym w rozumieniu art. 84 ust. 2. Tymczasem, wbrew stanowisku ZUS, od 29.08.2013 r. został otwarty dla niej nowy okres zasiłkowy. Z opinii biegłych sporządzonych w niniejszej sprawie jednoznacznie bowiem wynikało, że okres pierwszej nieprzerwanej niezdolności do pracy, od 01.03.2013 r. do 27.08.2013 r. wynikał z choroby określonej symbolem G54, następnie nastąpił jeden dzień przerwy, zaś kolejny okres nieprzerwanej niezdolności do pracy, od 29.08.2013 r. do 21.02.2014 r., spowodowany był schorzeniem o symbolu F32, które nie było niezależne od poprzedniego. Oznacza to, że kolejny okres prawa A. Ż. do zasiłku chorobowego w wymiarze 182 dni rozpoczął się z dniem 29.08.2013 r., stąd zasiłek chorobowy jej wypłacony od tego dnia do 20.01.2014 r. nie stanowił świadczenia nienależnego. Tym samym informacja udzielona Spółdzielczej Kasie Oszczędnościowo-Kredytowej (...) w W. przez M. O. w piśmie z dnia 30.09.2014 r. nie stanowiła „nieprawdziwych danych mających wpływ na prawo do świadczeń lub na ich wysokość” w rozumieniu art. 84 ust. 6 w/w ustawy.

Należy zwrócić w tym miejscu uwagę, iż M. O. wskazał nieprawidłowe symbole statystyczne choroby na drukach (...), co w konsekwencji doprowadziło do niezgodnego ze stanem faktycznym stanowiska ZUS. Nie mniej jednak tak rozumiane „nieprawdziwe informacje” także nie dają podstaw do przypisania mu jakiegokolwiek odpowiedzialności, bowiem nie każde przekazanie nieprawdziwych danych skutkować musi automatycznie obowiązkiem zwrotu bezpodstawnie wypłaconego świadczenia, lecz jedynie przekazanie takich danych, które musiały doprowadzić do niesłusznej wypłaty świadczenia, bądź zawyżenia jego wysokości (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia

9 grudnia 2008 r. III AUa 1227/08). W tym stanie rzeczy nie obciąża go obowiązek zwrotu zasiłku, gdyż na skutek podania przez niego nieprawdziwych danych nie doszło przecież do wypłaty A. Ż. nienależnego świadczenia, które było przecież obiektywnie należne.

Odnosząc się zaś do wątpliwości organu rentowego co do wiarygodności tłumaczenia odwołującego się M. O. odnośnie przyczyn jego pomyłek przy wypełnianiu druków (...) (błąd, oczywista pomyłka wywołana pośpiechem i zmęczeniem) należy wskazać, że Sąd w ogóle się do nich nie odnosił, gdyż art. 84 ust. 6 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych jest tak skonstruowany, że nie wymaga ustalenia winy za przekazanie nieprawdziwych danych organowi rentowemu (tak Sąd Apelacyjny w Gdańsku w wyroku z dnia 8 stycznia 2013 r. (III AUa 998/12, opubl. LEX 1282553). W przepisie tym mowa jest tylko o przekazaniu nieprawdziwych danych, bez wyszczególnienia przyczyn ich przekazania, jak ma to miejsce w ustępie 2 pkt 2 art. 84, gdzie wyraźnie ustawodawca stanowi, że nienależne pobrane świadczenie jest wówczas, gdy zostało wypłacone na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzania w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia. W postanowieniu z 23 marca 2010 r. (I UK 12/10, opubl. L.) Sąd Najwyższy wyraził pogląd, że hipoteza przepisu art. 84 ust. 6 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych przewidziana jest do sytuacji zwykłych, gdy informacja jest nieprawdziwa i nie wymaga się badania, czy i która osoba reprezentująca podmiot (płatnika) była świadoma lub winna przekazania nieprawdziwych danych. W uzasadnieniu Sąd Najwyższy wskazał, że "jeżeli obowiązek zwrotu świadczeń wynika już tylko z przekazania przez płatnika składek lub inny podmiot nieprawdziwych danych mających wpływ na prawo do świadczeń lub na ich wysokość, to nie powinno być wątpliwości co do tego czy przesłankę "przekazania nieprawdziwych danych" rozumieć jako (aż) świadome wprowadzenie w błąd organu? Przy takim kierunkowym działaniu podmiotu (płatnika) można by mu wszak zarzucić jeżeli nie czyn niedozwolony to złą wiarę, i nie o tak ekstremalnie subiektywne zachowanie chodzi. Przepis wszak ma powszechne zastosowanie do różnych pracodawców i chodzi w nim o samo obiektywne wykonanie obowiązku podawania prawdziwych danych". Także Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 14 listopada 2008 r. (III AUa 644/08, opubl. L.) i w wyroku z dnia 3 grudnia 2003 r. (III AUa 2325/02, opubl. L.) stanął na stanowisku, że art. 84 ust. 6 ustawy systemowej nie wymaga ustalenia winy w przekazaniu nieprawdziwych danych, bo odpowiedzialność pracodawcy jest niezależna od jego złej woli. Zła wola wymieniona jest bowiem tylko w art. 84 ust. 2 pkt 2.

Na marginesie należy wskazać, iż jeśli organ rentowy powziął wątpliwości co do rzetelności prowadzonej przez M. O. dokumentacji medycznej, która stała się podstawą do weryfikacji przez biegłych prawidłowości wniosków wyciągniętych w opinii lekarza orzecznika ZUS, co może sugerować sformułowanie „nie odnoszę się do dokumentacji lekarskiej (...) sporządzonej przez lekarza w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej”, to w ramach procesu cywilnego zobowiązany był do ich przedstawienia w formie twierdzeń lub zarzutów i co więcej, do przedstawienia dowodów na poparcie swojego stanowiska. Podkreślenia wymaga, że z chwilą wniesienia odwołania przez M. O., stał się on stroną procesu a organ rentowy jego przeciwnikiem procesowym. Podporządkowanie się obowiązującym w procesie cywilnym zasadom, w tym zasadzie kontrydiktoryjności, wymaga, aby strony powoływały dowody na poparcie swych twierdzeń, albowiem sądy ustalają fakty na podstawie dowodów. Bierność w tym zakresie, co odnosi się szczególnie do organu rentowego jako strony z zasady silniejszej, nie zobowiązuje sądów do poszukiwania dowodów z urzędu, gdyż w myśl zasady kontrydiktoryjności ciężar dowodu spoczywa na stronach. To strony są dysponentem toczącego się postępowania dowodowego i to one ponoszą odpowiedzialność za jego wynik. Powyższe jasno wynika z art. 3 k.p.c., który wskazuje, że to na stronach spoczywa obowiązek dawania wyjaśnień co do okoliczności sprawy zgodnie z prawdą i przedstawiania dowodów na ich poparcie. Należy przy tym pamiętać, że sąd rozstrzyga sprawę według właściwego prawa materialnego na podstawie koniecznych ustaleń faktycznych uzyskanych dzięki zebranyemu środkom dowodowym. Na te właśnie ustalenia składają się dowody, które przedstawiają w pierwszej kolejności same strony, zgodnie z brzmieniem art. 232 k.p.c. W postępowaniu w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych kontroli podlega decyzja organu rentowego i ciężar dowodu będzie zależał od rodzaju decyzji. Jeżeli jest to decyzja, w której organ zmienia sytuację prawną ubezpieczonego, to powinien wykazać uzasadniające ją przesłanki faktyczne. W niniejszej sprawie organ rentowy przeprowadził postępowanie kontrolne i wydał decyzję, w uzasadnieniu której m.in. wskazał szczegółowo, z jakich przyczyn okres niezdolności A. Ż. do pracy od 29.08.2013 r. do 21.02.2014 r. podlegał zliczeniu do okresu niezdolności do pracy trwającej od 01.03.2013 r. do 27.08.2013 r. Zatem jeżeli w toku procesu z

opinii biegłych wynikało, że okresy te się nie sumują i wnioski z opinii lekarskiej z 15.05.2014 r. były w tym zakresie nieprawidłowe, to zobowiązany był do wykazania faktów przeciwnych. Bierność organu rentowego w tym zakresie w zestawieniu z całokształtem zebranego w sprawie materiału dowodowego, przemawiającego za uwzględnieniem odwołania, nie obligowała Sądu do kwestionowaniu dokumentacji medycznej M. O. z urzędu.

Mając na uwadze powyższe, argumenty podniesione w odwołaniu okazały się zasadne i zaskarżona decyzja podlegała zmianie w ten sposób, że stwierdzono brak podstaw do zwrotu Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych przez M. O. wypłaconego na rzecz A. Ż. zasiłku chorobowego wraz z odsetkami w łącznej kwocie 6.246,79 zł. Jednocześnie jednak brak było podstaw do orzeczenia zgodnie z wnioskiem o uchylenie zaskarżonej decyzji w całości. Zgodnie bowiem z treścią art. 477<sup>14</sup> § 1 i 2 k.p.c. Sąd oddala odwołanie, jeżeli nie ma podstaw do jego uwzględnienia, zaś w razie uwzględnienia odwołania sąd zmienia zaskarżoną decyzję w całości lub w części i orzeka co do istoty sprawy. Przepis ten normuje wyczerpująco katalog rozstrzygnięć sądu rozpoznającego w pierwszej instancji odwołania od decyzji organów rentowych w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych, zatem co do zasady sąd nie może orzekać kasatoryjnie, tj. uchylić zaskarżonej decyzji i przekazać sprawę organowi rentowemu do ponownego rozpoznania.

Mając na uwadze powyższe, na podstawie art. 477<sup>14</sup> § 1 k.p.c. Sąd orzekł jak w sentencji wyroku.