

Sygn. akt VII U 779/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 października 2016 r.

Sąd Rejonowy w Bydgoszczy VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSR Marcin Winczewski

Protokolant: sekr. sądowy Artur Kluskiewicz

po rozpoznaniu w dniu 20 października 2016 r. w Bydgoszczy

spraw W. K.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w B.

o zasiłek chorobowy

na skutek odwołań W. K.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w B.

z dnia 5 lipca 2016 r., nr (...)

i decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w B.

z dnia 4 sierpnia 2016 r., nr (...)

1. zmienia zaskarżoną decyzję z dnia 5 lipca 2016 r. w ten sposób, że ubezpieczony nie jest zobowiązany do zwrotu zasiłku chorobowego, pobranego za okres od dnia 11 grudnia 2015 r. do dnia 4 lutego 2016 r.;

2. oddala odwołanie od decyzji z dnia 4 sierpnia 2016 r.

SSR Marcin Winczewski

Sygn. akt VII U 779/16

UZASADNIENIE

Decyzją nr (...) z dnia 5 lipca 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B., na podstawie art. 84 ustawy z dnia 13 października

1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych zobowiązał W. K. do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego w kwocie 3.060,96 zł za okres od 11 grudnia 2015 r. do 4 lutego 2016 r. W uzasadnieniu wskazano, iż pozwany wypłacił ubezpieczonemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej zasiłek chorobowy za okresy od 10 czerwca do 15 września 2015 r. i od 18 września 2015 r. do 4 lutego 2016 r. Po analizie dokumentacji medycznej stwierdzono, że schorzenia w tych okresach pozostają w związku przyczynowo-skutkowym, więc 182-dniowy okres zasiłkowy został wykorzystany z dniem 10 grudnia 2015 r., a zasiłek wypłacony za okres od 11 grudnia 2015 r. do 4 lutego 2016 r. jest świadczeniem nienależnym i podlega zwrotowi.

Odwołanie od powyższej decyzji wniósł W. K., domagając się jej „unieważnienia”. W uzasadnieniu wskazał, że zwolnienia lekarskie za sporny okres składał osobiście w ustawowych terminach. Na początku grudnia 2015 r. był w siedzibie ZUS z pytaniem, kiedy kończy się mu okres zasiłkowy, co według niego miało nastąpić około 10 grudnia 2015 r. Po sprawdzeniu danych, pracownik organu przekazał mu, że okres zasiłkowy biegnie od początku z dniem 18 września 2015 r., gdyż były 2 dni przerwy w niezdolności do pracy, a na zwolnieniach jest inny kod choroby – wcześniej był M-47, a od 18 września do 8 października 2016 r. M-51. Z chorobą kręgosłupa zmaga się od 2005 r., w 2015 r. został zakwalifikowany przez neurochirurga do na operację kręgosłupa i jest niezdolny do pracy od dnia 10 czerwca 2015 r. Nie otrzymał żadnej informacji z ZUS, że okres zasiłkowy skończył się z dniem 10 grudnia 2015 r., a organ wypłacił na jego konto kwotę netto 2.509,22 zł, a nie żadaną kwotę 3.060,96 zł. Po informacji od pracownika ZUS, że okres zasiłkowy kończy się w marcu 2016 r. w tym miesiącu złożył wniosek o świadczenie rehabilitacyjne. Przez długi okres nie otrzymywał żadnych świadczeń, wniósł więc do ZUS o wyjaśnienie tej kwestii. Dopiero decyzją z dnia 3 czerwca 2016 r. odmówiono mu prawa do zasiłku chorobowego za okresy od 5 lutego do 18 marca 2016 r. i od 21 marca do 14 kwietnia 2016 r. Nigdy nie został pouczony o braku prawa do zasiłku za okres od 11 grudnia 2015 r. do 4 lutego 2016 r., a sam informował ZUS o prawdopodobnie przekroczonym okresie zasiłkowym.

Decyzją nr (...) z dnia 4 sierpnia 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B., na podstawie art. 8 i 9 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa odmówił W. K. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 1 czerwca do 17 sierpnia 2016 r. W uzasadnieniu wskazano, iż ubezpieczony był niezdolny do pracy w okresach od 10 czerwca do 15 września 2015 r., od 18 września 2015 r. do 18 marca 2016 r., od 21 marca do 14 kwietnia 2016 r. i od 1 czerwca do 17 sierpnia 2016 r. Przerwa pomiędzy tymi okresami nie przekroczyła 60 dni, a pozostają one w związku przyczynowo-skutkowym, więc zostały zaliczone do jednego okresu zasiłkowego, który upłynął z dniem 10 grudnia 2015 r.

Odwołanie od powyższej decyzji wniósł W. K., domagając się przyznania prawa do zasiłku chorobowego za sporny okres. W uzasadnieniu wskazał, że wcześniejszą decyzją z dnia 3 czerwca 2016 r. odmówiono mu prawa do zasiłku chorobowego za okresy od 5 lutego do 18 marca 2016 r. i od 21 marca do 14 kwietnia 2016 r. Organ stwierdził nieważność tych zaświadczeń lekarskich, więc uznał je za niemające znaczenia. Zadzwoił do niego wówczas pracownik ZUS, informując że konieczne jest opłacenie składek na ubezpieczenie społeczne za okres od lutego 2016 r., a pismem z dnia 18 lipca 2016 r. pozwany wyraził zgodę na opłacenie składek po terminie. Opłacił spóźnione składki za luty 2016 r., a także za okres od marca do maja 2016 r. Miał więc 90 dni nieprzerwanego okresu ubezpieczenia chorobowego, a tym samym nabył prawo do wypłaty zasiłku chorobowego za okres od 1 czerwca 2016 r.

W odpowiedziach na odwołania Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. wniósł o ich oddalenie, podtrzymując stanowisko wyrażone w uzasadnieniach zaskarżonych decyzji. W piśmie z dnia 25 sierpnia 2016 r. (k. 14) pozwany wskazał, że o ewentualnym braku prawa do zasiłku chorobowego od dnia 10 grudnia 2015 r. ubezpieczony został poinformowany pismem z dnia 12 maja 2016 r.

Sprawy z odwołań ubezpieczonego od powyższych decyzji pozwanego zostały połączone do wspólnego rozpoznania i rozstrzygnięcia.

Sąd ustalił, co następuje:

W. K. prowadzi od 2013 r. działalność gospodarczą pod nazwą P.H.U. (...), zajmując się remontami budowlanymi i pracami elektrycznymi. Choruje na dolegliwości kręgosłupa już od 2005 r. Otrzymywał zaświadczenia lekarskie o niezdolności do pracy, cały czas w związku z problemami dotyczącymi tej samej choroby kręgosłupa, w następujących okresach: od 10 czerwca do 15 września 2015 r., od 18 września 2015 r. do 18 marca 2016 r., od 21 marca do 14 kwietnia 2016 r., i od 1 czerwca do 5 października 2016 r. Jako symbol choroby według Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) lekarze wystawiający kolejne zaświadczenia wpisywali M47 (tj. zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa). Jedynie zaświadczenia za okresy od 24 lipca do 23 sierpnia 2015 r. i od 30 października do 30 listopada 2015 r. wskazywały symbol G54 (zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych),

a zaświadczenia za okresy od 18 września do 8 października 2015 r. i od 14 do 26 listopada 2015 r. symbol M51 (inne choroby krążka międzykręgowego), choć cały czas były to te same dolegliwości chorobowe.

Przez cały okres od 10 czerwca 2015 r. do 5 października 2016 r. ubezpieczony był faktycznie niezdolny do pracy, w związku z tą samą chorobą kręgosłupa. Krótkie okresy braku zaświadczeń lekarskich o niezdolności do pracy od 16 do 17 września 2015 r. i od 19 do 20 marca 2016 r. spowodowane były trudnościami w dostaniu się do lekarza. Z tych samych przyczyn W. K. był faktycznie niezdolny do pracy, nie wykonując jej w najmniejszym zakresie, w okresie od 15 kwietnia do 31 maja 2016 r. Wówczas jednakże złożył już wniosek o wypłatę świadczenia rehabilitacyjnego i czekał na decyzję organu w tym zakresie, więc nie udawał się po kolejne zaświadczenia lekarskie. 182-dniowy okres zasiłkowy, przy przyjęciu tożsamości chorób we wskazanych okresach od dnia 10 czerwca 2015 r., zakończył się dla ubezpieczonego z dniem 10 grudnia 2015 r.

Każdorazowo po otrzymaniu kolejnego zaświadczenia lekarskiego, ubezpieczony składał je osobiście w siedzibie pozwanego. Na początku grudnia 2015 r., składając kolejne swe zaświadczenie, rozmawiał z pracownikiem ZUS, wskazując na możliwość niedalekiego zakończenia okresu zasiłkowego. W odpowiedzi uzyskał informację, że w związku z innymi symbolami chorób i dwudniową przerwą w wystawianych zaświadczeniach od 16 do 17 września 2015 r., nowy okres zasiłkowy rozpoczął się dla niego z dniem 18 września 2015 r., a więc będzie on trwał aż do marca 2016 r. Po tej informacji ubezpieczony składał dalsze zaświadczenia lekarskie o niezdolności do pracy aż do dnia 14 kwietnia 2016 r. Pozwany wypłacił mu natomiast zasiłek chorobowy za okres od 11 grudnia 2015 r. do 4 lutego 2016 r. w kwocie 3.060,96 zł brutto.

W związku z długim oczekiwaniem na stanowisko pozwanego, ubezpieczony zwrócił się o wyjaśnienie jego sytuacji pismami z dnia 2 maja 2016 r. W odpowiedzi, pismem z dnia 12 maja 2016 r. ZUS wskazał, że w sprawie o wypłatę zasiłku chorobowego wszczęto w dniu 2 marca 2016 r. postępowanie wyjaśniające, mające na celu ustalenie, czy jego niezdolności do pracy w okresie do dnia 15 września 2015 r. pozostają w związku z niezdolnościami w okresie od dnia 18 września 2015 r.

Dopiero wówczas, przy ponownej analizie dokumentacji ubezpieczonego dotyczącej kolejnych zaświadczeń lekarskich i prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, wszczęto postępowanie wyjaśniające, w wyniku którego organ doszedł do trafnego wniosku, iż okres niezdolności do pracy od 10 czerwca do 15 września 2015 r. był spowodowany tą samą chorobą, co okres od 18 września 2015 r., w związku z czym okres zasiłkowy zakończył się z dniem 10 grudnia 2015 r. W wyniku swych zaniedbań i braku sprawdzenia trwania okresu zasiłkowego, przyjęto początkowo w sposób błędny, iż z dniem 18 września 2015 r. należało od nowa rozpocząć liczenie okresu zasiłkowego, co doprowadziło do wypłacenia W. K. zasiłku chorobowego za okres także od dnia 11 grudnia 2015 r. do 4 lutego 2016 r.

Decyzją z dnia 3 czerwca 2016 r. pozwany odmówił W. K. prawa do zasiłku chorobowego za okresy od 5 lutego do 18 marca 2016 r. i od 21 marca do 14 kwietnia 2016 r., z uwagi na wykorzystanie 182-dniowego okresu zasiłkowego z dniem 10 grudnia 2016 r. Ubezpieczony nie odwołał się od tej decyzji, w związku z czym stała się ona prawomocna. Wystąpił wówczas natomiast z wnioskiem o wyrażenie zgody przez ZUS na opłacenie składek na ubezpieczenie społeczne za luty 2016 r. po terminie, na co zgodę wyrażono pismem z dnia 18 lipca 2016 r. Ubezpieczony, pomimo dalej istniejącej nieprzerwanie faktycznej niezdolności do pracy w związku z tą samą chorobą kręgosłupa, opłacał składki także za okres od marca do maja 2016 r.

(okoliczności bezsporne, a ponadto dowód: pisma ubezpieczonego z dnia 2 maja 2016 r. – k. 6-7; pisma pozwanego z dnia 12 maja 2016 r. i 18 lipca 2016 r. – k. 4, 8; zestawienie okresów zaświadczeń lekarskich o niezdolności do pracy wraz z symbolami – k. 22; decyzja z dnia 3 czerwca 2016 r. – k. 6 akt VII U 916/16; przesłuchanie ubezpieczonego – k. 17-18, 24-25)

Sąd zważył, co następuje:

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dokumentów znajdujących się w aktach sprawy i aktach ZUS, których prawdziwości i wiarygodności strony nie kwestionowały w toku procesu, a także na podstawie

przesłuchania ubezpieczonego, które było jasne, konsekwentne, spójne, rzeczowe i korelowało z całokształtem zebranego w sprawie materiału dowodowego. Należy wyjaśnić, iż do wspólnego rozpoznania i rozstrzygnięcia zostały w niniejszym postępowaniu połączone sprawy z dwóch odwołań ubezpieczonego od decyzji organu, które choć dotyczyły teoretycznie odmiennych kwestii (zwrotu zasiłku chorobowego za okres od 11 grudnia 2015 r. do 4 lutego 2016 r. i prawa do zasiłku chorobowego za okres od 1 czerwca do 17 sierpnia 2016 r.), to faktycznie pozostawały ze sobą w ścisłym związku, wynikając z faktu, iż okres zasiłkowy ubezpieczonego skończył się z dniem 10 grudnia 2015 r., a W. K. od 10 czerwca 2015 r. do 5 października 2016 r. był faktycznie cały czas niezdolny do świadczenia pracy w ramach prowadzonej działalności gospodarczej, co sam wielokrotnie w toku przesłuchania przyznał.

Stan faktyczny sprawy był przy tym w zakresie koniecznym do jej rozstrzygnięcia, bezsporny pomiędzy stronami. Nie budziło bowiem wątpliwości, iż W. K. cały czas, od dnia 10 czerwca 2015 r. był niezdolny do pracy w związku z chorobą kręgosłupa, która od tego momentu nie tylko nie ustała, ale wręcz stan jego zdrowia jeszcze się pogarszał. Pozwany organ wydał swe decyzje opierając się na stwierdzeniu, że niezdolność do pracy ubezpieczonego w okresach od 10 czerwca do 15 września 2015 r., od 18 września 2015 r. do 18 marca 2016 r., od 21 marca do 14 kwietnia 2016 r. i od 1 czerwca do 17 sierpnia 2016 r. była spowodowana tą samą chorobą (do tego sprowadzały się twierdzenia organu odnośnie „związku przyczynowo-skutkowego” między tymi okresami). Kwestia była więc bezsporna między stronami, skoro ubezpieczony fakt ten przyznawał, wskazując zresztą, iż na okoliczność tę sam pozwanemu zwracał uwagę. Zgodnie z art. 229 k.p.c., nie wymagają również dowodu fakty przyznane w toku postępowania przez stronę przeciwną, jeżeli przyznanie nie budzi wątpliwości. Taka sytuacja miała miejsce w sprawie w tym zakresie, albowiem obie strony procesu jednoznacznie wskazywały na tożsamość chorób występujących u ubezpieczonego w okresie od 10 czerwca 2015 r. do 5 października 2016 r. W tym zakresie brak było więc potrzeby dopuszczania dowodu z opinii biegłego sądowego, albowiem okoliczność ta została przyznana przez obie strony sporu. Czynność przyznania okoliczności faktycznych stanowi rodzaj reguły dowodowej. Pozwala bowiem na dokonanie na jej podstawie ustaleń faktycznych istotnych dla wyniku sprawy bez konieczności przeprowadzania dowodów, czyli korzystania z konkretnych środków dowodowych (por. wyroki SA w Białymstoku z dnia 7 maja 2015 r., I ACa 22/15, Lex nr 1740578 i SA w Warszawie z dnia 13 maja 2016 r., I ACa 1100/15, Lex nr 2079178).

Bezsporne pozostawało także, iż ubezpieczony nie przedstawił organowi jakichkolwiek okoliczności, które mogłyby wprowadzić w błąd (składał wyłącznie kolejne zaświadczenia lekarskie za okres do 14 kwietnia 2016 r. i następnie od 1 czerwca 2016 r.), a jednocześnie o nadpłacie świadczenia został poinformowany dopiero pismem z dnia 12 maja 2015 r. (k. 8), nie będąc w ogóle wcześniej pouczany, iż w razie pomyłki organu w wyliczeniu świadczeń będzie zmuszony ich część zwrócić. W wykonaniu zobowiązania Sądu pozwany w piśmie z dnia 25 sierpnia 2016 r. (k. 14) wskazał, że podstawą żądania zwrotu wypłaconego zasiłku jest właśnie informacja przekazana w piśmie z dnia 12 maja 2016 r. Tak więc dopiero wówczas organ miałby pouczyć ubezpieczonego o ewentualnym braku prawa do jego pobrania, choć przecież sam sporny zasiłek dotyczy okresu dużo wcześniejszego od 11 grudnia 2015 r. do 4 lutego 2016 r. Już ten fakt i rzekome następcze pouczenie o braku prawa do świadczenia wskazują na wadliwość decyzji z dnia 5 lipca 2016 r. Nie sposób bowiem za prawidłowe uznać pouczenie konkretnego ubezpieczonego o braku prawa do świadczenia już po dacie jego wypłacenia.

Z wzajemnej relacji między ustawą z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (j.t.: Dz. U. z 2016 r., poz. 372 ze zm.; powoływana dalej, jako „ustawa zasiłkowa”), a ustawą z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (j.t.: Dz. U. z 2016 r., poz. 963 ze zm.; powoływana dalej, jako „ustawa systemowa”) wynika, że kształtuje się ona co do zasady, jak stosunek między regulacją szczególną, a regulacją ogólną (por. wyrok SN z dnia 8 kwietnia 2004 r., II UK 305/03, OSNAP 2004/22/390). W orzecznictwie nie ma jednakże wątpliwości, że art. 66 ust. 2 ustawy zasiłkowej nie stanowi przepisu szczególnego w stosunku do art. 84 ust. 2 ustawy systemowej – w tym znaczeniu, że wyłącza stosowanie tego ostatniego przepisu do nienależnie pobranych świadczeń. Przepis art. 66 ust. 2 ustawy zasiłkowej określa w szczególności sposób zasady potrącenia oraz egzekucji, nie wyłącza natomiast stosowania definicji nienależnie pobranych świadczeń, wynikającej z art. 84 ust. 2 ustawy systemowej (zob. wyroki SN z dnia 17 stycznia 2012 r., I UK 194/11, Lex nr 1227962; z dnia 2 grudnia 2009 r., I UK 174/09, Lex nr 585709; z dnia 3 grudnia 2013 r., I UK 212/13, OSNP 2015/3/40 i z dnia 19

lutego 2014 r., I UK 331/13, OSNP 2015/6/83). Ustawa systemowa w art. 84 ust. 1 przewiduje, że osoba, która pobrała nienależnie świadczenie z ubezpieczeń społecznych, jest obowiązana do jego zwrotu, wraz z odsetkami, w wysokości i na zasadach określonych przepisami prawa cywilnego. Stosownie przy tym do art. 84 ust. 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 oraz
- 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 powyższym kontekście konieczne jest rozróżnienie świadczenia nienależnie pobranego od świadczenia nienależnego. Każde świadczenie nienależnie pobrane jest nienależne, jednak nie działa tu reguła odwrotna. Świadczenie wypłacone lub zawyżone wskutek błędu organu rentowego jest nienależne (co najmniej częściowo), ale w przypadku braku zająścia przesłanek określonych w art. 84 ust. 2 pkt 1-2 nie będzie stanowiło świadczenia nienależnie pobranego. Zwrotu świadczeń nienależnych, niebędących świadczeniami nienależnie pobranymi, ZUS może dochodzić na zasadach ogólnych (zob. uchwałę SN z dnia 21 maja 1984 r., III UZP 20/84, OSNCAPiUS 1985/1/3; wyrok SN z dnia 26 czerwca 1985 r., II URN 98/85, OSNCAPiUS 1986/4/59; wyrok SA w Łodzi z dnia 4 sierpnia 1999 r., III AUa 414/99, OSA 1999/11-12/57). W rozpoznawanej sprawie nie budziło jakichkolwiek wątpliwości, iż wypłacenie ubezpieczonemu zasiłku chorobowego za okres od 10 grudnia 2015 r. do 4 lutego 2016 r. nastąpiło wyłącznie wskutek błędów pozwanego organu. Nie sposób więc uznać go za świadczenie nienależnie pobrane w rozumieniu art. 84 ust. 2 ustawy systemowej. Nie zaistniały bowiem jakiejkolwiek okoliczności powodujące ustanie lub wstrzymanie wypłaty świadczenia, a tym bardziej nie zostało ono wypłacone na podstawie fałszywych zeznań lub dokumentów lub świadomego wprowadzenia kogokolwiek w błąd przez W. K.. O ile świadczenia za ten okres nie powinny były w ogóle zostać wypłacone (o czym poniżej), to nastąpiło to wyłącznie na skutek błędów pracowników Zakładu. Organ winien bowiem już w dacie składania przez wnioskodawcę kolejnych zaświadczeń lekarskich o niezdolności do pracy sprawdzić i prawidłowo ustalić okres zasiłkowy mu przysługujący. Tak nie uczynił, mimo że sam ubezpieczony wskazywał, że w związku z tą samą chorobą okres ten może się kończyć już w grudniu 2015 r. Pozwany natomiast wszczął postępowanie wyjaśniające dopiero w dniu 2 marca 2016 r. i wówczas doszedł do wniosków, które mógł i winien wyprowadzić dużo wcześniej, jeszcze przed wypłatą spornego zasiłku chorobowego. Jeżeli pobranie nienależnych świadczeń spowodowane było, choćby częściowo, błędem organu rentowego, nie może ów organ wydać decyzji zobowiązującej do zwrotu pobranych świadczeń (por. wyroki SA w Lublinie z dnia 28 maja 2014 r., III AUa 294/14, Lex nr 1477244 i SA w Gdańsku z dnia 3 września 2015 r., III AUa 493/15, Lex nr 1820420 oraz wyrok SO w Bydgoszczy z dnia 28 sierpnia 2015 r., VI Ua 25/15, nie publ.). Także w doktrynie prezentowany jest trafny pogląd, iż obowiązek zwrotu świadczenia na podstawie decyzji administracyjnej nie powstaje, gdy decyzja przyznająca świadczenie lub sam jego wymiar były wynikiem błędu organu rentowego niezawinionego przez ubezpieczonego, gdyż świadczenia tak wypłacone nie są uznawane za świadczenia nienależnie pobrane w rozumieniu przepisów ubezpieczeniowych. Przyjmuje się, że w przypadku wypłaty przez organ rentowy bezpodstawnych świadczeń z powodu własnych uchybień organu, określanych przez doktrynę i orzecznictwo mianem „błędu”, a więc z innych przyczyn niż wymienione w art. 138 ustawy o emeryturach i rentach z FUS lub art. 84 ustawy systemowej, powstają świadczenia nienależne w rozumieniu przepisu art. 410 § 2 k.c. (por. B. Gudowska, Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych. Komentarz, C.H. Beck 2014, kom do art. 84; M. Bartnicki [w:] Emerytury i renty z FUS. Emerytury pomostowe. Okresowe emerytury kapitałowe. Komentarz pod red. K. Antonów, Lex 2014, kom do art. 138; A. Kijowski, Obowiązek zwrotu nienależnych świadczeń, s. 1512; R. Babińska, Pojęcie i rodzaje błędu, s. 57).

Należy zauważyć, iż w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych Sąd jest każdorazowo związany przedmiotowo zakresem wydanej przez organ decyzji, a jako nienależnie pobrane świadczenia mogą w drodze administracyjnej być dochodzone wyłącznie świadczenia, które ściśle spełniają wymogi określonych norm prawnych, do których właśnie należy art. 84 ustawy systemowej. Skoro świadczenie pobrane przez ubezpieczonego nie spełnia tychże warunków,

to jego zwrot nie może być dochodzony poprzez wydanie decyzji administracyjnej, co jednakże, w ocenie Sądu, nie pozbawia możliwości jego dochodzenia w odrębnym procesie cywilnym. W przypadkach gdy administracyjny tryb dochodzenia zwrotu nadpłaty jest niedopuszczalny, otwarta staje się bowiem właśnie droga procesu cywilnego (por. S. Płażek, glosa do uchwały SN z dnia 21 maja 1984 r., III UZP 20/84, Pal. 1986/9/88-90; R. Babińska, Pojęcie i rodzaje błędu, s. 57). Na drogę procesu cywilnego, z żądaniem zwrotu nienależnego świadczenia, ZUS może wystąpić, gdy doszło do wypłaty świadczenia nienależnego wskutek innych okoliczności niż wymienione w art. 138 ustawy o emeryturach i rentach z FUS oraz 84 ustawy systemowej, w szczególności dotyczy to wypadków bezpodstawnego wzbogacenia wynikłego z niespowodowanego działaniami ubezpieczonego wypłacania świadczeń na skutek błędów organu (uchwała SN z dnia 21 maja 1984 r., III UZP 20/84, OSNCP 1985/1/3, z glosą S. Płażka, Pal. 1986/9/86; wyrok SN z dnia 26 czerwca 1985 r., II URN 98/85, OSNAPiUS 1986/4/59; por. także B. Gudowska, Ubezpieczenie emerytalno-rentowe w orzecznictwie, s. 171; wyroki TUS: z dnia 27 maja 1966 r., I TR 49/66, niepubl.; z dnia 28 września 1966 r., I TR 895/66, niepubl.; z dnia 11 stycznia 1966 r., III TR 1492/65, OSPiKA 1967/10/247, z dnia 24 czerwca 1965 r., III TR 86/65 i z dnia 19 lipca 1965 r., III TR 2439/64, niepubl.; wyroki SN: z dnia 28 lipca 1977 r., II UR 5/77, OSNCP 1978/2/37 i z dnia 16 lutego 1987 r., II URN 16/87, PiZS 1988/6; wyrok SA w Krakowie z dnia 11 września 1996 r., III Aur 105/96, OSA 1997/7-8/21).

Należy zauważyć, że dość jednolite orzecznictwo dotyczące zwrotu nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych rozróżnia "świadczenie nienależne" od "świadczenia nienależnie pobranego" a więc pobranego przez osobę, której przypisać można określone cechy dotyczące stanu jej świadomości co do zasadności pobierania świadczenia, w tym w szczególności działanie w złej wierze, z premedytacją. Przyjęte jest, że takie cechy działania są istotne przy ocenie obowiązku zwrotu przez ubezpieczonego wypłaconych mu nienależnie świadczeń (por. wyrok SN z dnia 14 marca 2006 r., I UK 161/05, M.P. Pr. 2006/5/230). Podobnie wyjaśnił Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 24 listopada 2004 r. (I UK 3/04, OSNAP 2005/8/116) wskazując, że dla ustalenia obowiązku zwrotu nienależnie pobranego świadczenia, decydujące znaczenie ma świadomość i zamiar ubezpieczonego, który pobrał świadczenie w złej wierze. Wypłacenie świadczenia w sposób, na który nie miała wpływu wina świadczeniobiorcy, nie uzasadnia powstania po stronie osoby ubezpieczonej obowiązku zwrotu nienależnie pobranego świadczenia (por. wyrok TUS z dnia 11 stycznia 1966 r. III TR 1492/65, OSPiKA 1967/10/247, wyroki SN z dnia 28 lipca 1977, II UR 5/77, OSNCP 1978/2/37; z dnia 16 lutego 1987 r. URN 16/87, PiRS 1988/6; z dnia 4 września 2007 r., I UK 90/07 Lex nr 454781 oraz wyrok SA w Rzeszowie z dnia 10 lipca 2013 r. III AUa 365/13, Lex nr 1339401). Oczywiście jest, iż ochrona ubezpieczonego w tym zakresie nie ma miejsca w przypadku świadomego wprowadzenia w błąd organu rentowego lub innego bezprawnego działania ubezpieczonego w celu uzyskania prawa do świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Świadczenia wypłacone w takiej sytuacji podlegają bowiem zwrotowi w trybie przepisów dotyczących ubezpieczeń społecznych (por. wyrok SN z dnia 20 maja 1997 r., II UKN 128/97, OSNAPiUS 1998/6/192). Taka jednakże sytuacja nie miała miejsca w sprawie, a rzeczony świadczenia wypłacono faktycznie wskutek błędów pozwanego organu, wobec czego nie można w ogóle mówić o nienależnych świadczeniach w rozumieniu powołanego przepisu, który przecież w sposób wyjątkowy i uprzywilejowany reguluje kwestię ewentualnego zwrotu świadczenia, w związku z czym przepis ten należy wyklądać ściśle.

Istotnym w tym kontekście pozostaje, iż ubezpieczony nie miał wiedzy, iż przedmiotowy zasiłek mógłby być nienależny, albowiem nie był kiedykolwiek przed jego wypłatą pouczany przez organ o zasadach wypłaty świadczeń i ewentualnych przyczynach braku prawa do ich wypłaty. W tym stanie rzeczy zaskarżona decyzja z dnia 5 lipca 2016 r. jest błędna. Rozpoznając kwestię zwrotu świadczenia w kontekście obu punktów ustępu 2 art. 84 ustawy systemowej trzeba wskazać, że w orzecznictwie Sądu Najwyższego dotyczącym problematyki zwrotu nienależnie pobranych świadczeń (także na tle niemal analogicznych uregulowań zawartych w uprzednio obowiązujących art. 80 i 81 ustawy z dnia 23 stycznia 1968 r. o powszechnym zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin, Dz. U. Nr 3, poz. 6 ze zm., oraz art. 106 i 107 ustawy z dnia 14 grudnia 1982 r. o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin, Dz. U. Nr 40, poz. 267 ze zm., a także aktualnego art. 138 ustawy o emeryturach i rentach z FUS) przyjmuje się, że organ rentowy może domagać się zwrotu nienależnie pobranego świadczenia tylko wówczas, gdy ubezpieczonemu można przypisać złą wolę (wyrok Trybunału Ubezpieczeń Społecznych z dnia 27 maja 1966 r., I TR 49/66, niepublikowany – patrz: B. Gudowska: Ubezpieczenie emerytalno-rentowe w orzecznictwie Sądu Najwyższego,

Warszawa 1993, s. 171). Obowiązek zwrotu obciąża tylko tego, kto przyjął świadczenie w złej wierze wiedząc, że mu się nie należy, co dotyczy zarówno osoby, która została pouczona o okolicznościach, w jakich nie powinna pobierać świadczeń, jak też tej osoby, która uzyskała świadczenia na podstawie nieprawdziwych zeznań lub dokumentów, albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd instytucji ubezpieczeniowej. Wypłacenie świadczenia w sposób, na który nie miała wpływu wina świadczeniobiorcy, nie uzasadnia powstania po stronie osoby ubezpieczonej obowiązku zwrotu nienależnie pobranego świadczenia (por. wyroki Trybunału Ubezpieczeń Społecznych z dnia 11 stycznia 1966 r., III TR 1492/65, OSPiKA 1967/10/247, z dnia 24 czerwca 1965 r., III TR 86/65 oraz z dnia 19 lipca 1965 r., III TR 2439/64, niepublikowane; wyroki SN z dnia 28 lipca 1977 r., II UR 5/77, OSNCP 1978/2/37 oraz z dnia 16 lutego 1987 r., II URN 16/87, PiZS 1988/6; wyroki Sądów Apelacyjnych w Krakowie z dnia 11 września 1996 r., III AUr 105/96, OSA 1997/7-8/21/74 oraz w Białymstoku z dnia 10 listopada 1999 r., III AUa 602/99, OSA 2000/6/29/70; a także wyrok SN z dnia 4 września 2007 r., I UK 90/0, OSNP 2008/19-20/301). Podstawowym zatem warunkiem uznania, że wypłacone świadczenie podlega zwrotowi w myśl art. 84 ust. 2 pkt 1 ustawy systemowej jest, po pierwsze, brak prawa do świadczenia oraz, po drugie, 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 (tak SN w wyroku z dnia 2 grudnia 2009 r., I UK 174/09, Lex nr 585709; por. także wyrok SN z dnia 24 listopada 2004 r., I UK 3/04, OSNP 2005/8/116), czego w niniejszej sprawie zabrakło, z uwagi na stosowne pouczenie w tym zakresie ubezpieczonego dopiero pismem z dnia 12 maja 2016 r. Świadomość nienależności świadczenia ma przy tym wypływać z pouczenia uprawnionego przez organ rentowy o okolicznościach powodujących wypłatę świadczeń nienależnych, a pouczenie stanowi warunek sine qua non obowiązku ich zwrotu (por. wyroki SN z dnia 26 kwietnia 1980 r., II URN 51/80, OSNCP 1980/10/202, z dnia 11 stycznia 2005 r., I UK 136/04, OSNP 2005/16/252, z dnia 9 lutego 2005 r., III UK 181/04, OSNP 2005/17/275 i z dnia 16 stycznia 2009 r., I UK 190/08, OSNP 2010/15-16/194). Pouczenie powinno wyraźnie, konkretnie i wyczerpująco wskazywać okoliczności mające wpływ na pobieranie świadczeń oraz jasno wskazywać okoliczności powodujące pobranie nienależnego świadczenia w sposób zrozumiały dla osoby, do której jest skierowane. Pouczenie nie może być abstrakcyjne, niekonkretne, a w szczególności nie może odnosić się do wszystkich hipotetycznych okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń (por. wyroki SN z dnia 4 września 2007 r., I UK 90/07, OSNP 2008/19-20/301, z dnia 17 listopada 1995 r., II URN 46/95, OSNAPiUS 1996/12/174, z dnia 17 lutego 2005 r., II UK 440/03, OSNP 2005/18/291, z dnia 9 lutego 2005 r., III UK 181/04, OSNP 2005/17/275). Pouczenie zamieszczane standardowo w decyzjach organu rentowego, które dotyczy wszystkich możliwych sytuacji, powinno być zindywidualizowane przez wyjaśnienie odpowiednich przepisów (por. wyrok SN z dnia 24 listopada 2004 r., I UK 3/04, OSNP 2005/8/116); może polegać na przytoczeniu przepisów określających te okoliczności, ale musi być na tyle zrozumiałe, aby ubezpieczony mógł je odnieść do własnej sytuacji (wyroki SN z dnia 14 marca 2006 r., I UK 161/05, OSNP 2007/5-6/78 i z dnia 10 czerwca 2008 r., I UK 394/07, niepubl. i z dnia 6 marca 2012 r., I UK 331/11, Lex nr 1165287).

W ocenie Sądu Rejonowego w sprawie nie zachodzą więc jakiegokolwiek przesłanki upoważniające na zasadzie art. 84 ustawy systemowej, do zobowiązania ubezpieczonego do zwrotu zasiłku chorobowego za okres od 11 grudnia 2015 r. do 4 lutego 2016 r. Skoro bowiem wnioskodawca nie był o czymkolwiek pouczony przed datą wypłaty zasiłku, to w sprawie nie może znaleźć zastosowania pkt 1 ust. 2 tego przepisu, a skoro nie wprowadził organu w błąd w jakikolwiek sposób, to zastosowania nie znajdzie także pkt 2 ust. 2. W sytuacji bowiem, gdy decyzja przyznająca świadczenie lub sam jego wymiar były wynikiem błędu organu rentowego niezawinionego przez świadczeniobiorcę, świadczenia nie są uznawane za nienależnie pobrane w rozumieniu komentowanego przepisu. Wypłacenie świadczenia w sposób, na który nie miała wpływu wina świadczeniobiorcy, nie uzasadnia bowiem powstania po stronie osoby ubezpieczonej obowiązku zwrotu nienależnie pobranego świadczenia (tak SA w Katowicach w wyroku z dnia 17 września 2013 r., III AUa 2159/12, Lex nr 1378686). Z tych przyczyn zmieniono zaskarżoną decyzję z dnia 5 lipca 2016 r.

Za niezasadne Sąd uznał natomiast odwołanie W. K. od decyzji z dnia 4 sierpnia 2016 r. W tym kontekście należy ponownie podkreślić, iż bezspornym w sprawie pozostawało, że ubezpieczony był niezdolny do pracy w poszczególnych okresach od dnia 10 czerwca 2015 r., za które wystawiano mu zaświadczenia lekarskie, ciągle z powodu tej samej choroby kręgosłupa, określanej co do zasady przez lekarzy leczących go, jako symbol M47 w nomenklaturze ICD-10. Sporadycznie natomiast wskazywano na symbole G54 i M51, jednakże wciąż i w zasadzie nieprzerwanie (co przyznawał

sam ubezpieczony w toku przesłuchania), była to ta sama choroba. Jednym z czynników reglamentujących długość zasiłku chorobowego jest właśnie relacja zachodząca między niezdolnością do pracy a rodzajem jednostki chorobowej ją wywołującym. Według art. 9 ust. 2 ustawy zasiłkowej niezdolność do pracy spowodowana tą samą chorobą podlega zliczeniu z poprzednimi okresami absencji, jeśli przerwa nie przekraczała 60 dni. Oznacza to, że określenie „ta sama choroba”, rozumiane funkcjonalnie jako przyczyna niezdolności do pracy, warunkuje długość prawa do zasiłku. Na grunt normatywny przeniesiono zatem kwestię pochodzącą z systematyki medycznej. Nie ma bowiem wątpliwości, że tożsamość chorobową należy oceniać nie z punktu widzenia prawnego, ale medycznego (zob. uchwałę SN z dnia 2 września 2009 r., II UZP 7/09, OSNP 2010/7-8/93). W orzecznictwie podjęto starania interpretacyjne dotyczące tej kwestii. W postanowieniu Sądu Najwyższego z dnia 19 maja 2015 r. (I UK 408/14, Lex nr 1814906) zauważono, że gramatyczna wykładnia art. 9 ust. 2 ustawy zasiłkowej przemawia za nieprzywiązywaniem wagi do czynnika zewnętrznego wywołującego schorzenie (zanegowano w ten sposób aspekt etiologiczny). Zgodnie podkreśla się również, że pojęcia „ta sama choroba”, nie należy odnosić do identycznych numerów statystycznych, nadanych zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, gdyż nie chodzi o identyczne objawy odpowiadające numerom statystycznym, lecz o opis stanu klinicznego konkretnego układu lub narządu, który – choć daje różne objawy, podpadające pod różne numery statystyczne – wciąż stanowi tę samą chorobę, skoro dotyczy tego samego narządu lub układu (postanowienie SN z dnia 26 stycznia 2012 r., I BU 14/11, Lex nr 1215397 i wyrok SN z dnia 6 listopada 2008 r., II UK 86/09, OSNP 2010/9-10/124). Zwrócono również uwagę, że sumowanie następujących po sobie w krótkich odstępach czasu okresów niezdolności do pracy z powodu tej samej choroby służy do oddzielenia stanów przemijających od ustabilizowanych, jeżeli bowiem ten sam proces chorobowy czyni pracownika wielokrotnie niezdolnym do pracy w dość krótkich odstępach czasu, to uzasadnione jest przypuszczenie, że wpływ stanu zdrowia na zdolność do pracy nie ma charakteru czasowego (przemijającego). Rozpoczęcie biegu okresu zasiłkowego z każdą taką niezdolnością od nowa pozwalałoby na przebywanie na zasiłku bez końca, mimo że w rzeczywistości stan zdrowia kwalifikowałby pracownika do renty z tytułu niezdolności do pracy (wyrok SN z dnia 6 listopada 2008 r., II UK 86/08, Lex nr 566009). Tożsamość jednostki chorobowej, prowadząca do zliczania okresu zasiłkowego, jakkolwiek oceniana jest z medycznego punktu widzenia, to jednak powinna być rozumiana zważywszy na funkcję ustawy zasiłkowej, polegającą między innymi na określeniu rozsądnego czasu, w którym ubezpieczonemu przysługuje zasiłek chorobowy. Ratio legis wprowadzenia do przepisu pojęcia "ta sama choroba" nakazuje objąć tym terminem wszystkie schorzenia dotyczące tego samego organu lub układu wchodzącego w skład organizmu człowieka. Oznacza to, że zakres "lokalizacyjny" został określony szeroko, nie ogranicza się on do wybranych narządów, ale rozciąga się również na ich zespół, połączony w układ umożliwiający realizowanie określonych funkcji życiowych. Do tego aspektu odnosił się Sąd Najwyższy, gdy twierdził, że "ta sama choroba" nie może być odnoszona do numerów statystycznych wynikających z klasyfikacji chorób. W niniejszej sprawie poza sporem pozostawało, iż niezdolności ubezpieczonego do pracy związane były z problemami dotyczącym kręgosłupa. Był więc to ciągle ten sam organ, a tym bardziej układ organizmu człowieka.

Relacja zachodząca między chorobami, wyznaczająca ich tożsamość lub odrębność, powinna być rozpatrywana równolegle także z innego punktu widzenia. Jasne jest, że zwrot "ta sama" wyznacza związek między poszczególnymi schorzeniami. Posługując się ujęciem normatywnym nie sposób jednak go zdefiniować. Problem polega również na tym, że nawet na gruncie medycznym pojęcie choroby nie jest jasne, co tym bardziej utrudnia utożsamienie jednego schorzenia z drugim. Mając na uwadze, że zwrot "ta sama choroba" z art. 9 ust. 2 ustawy zasiłkowej powiązany został z wcześniejszą i następczą niezdolnością do pracy, możliwe jest twierdzenie, że identyczność choroby należy skojarzyć z dysfunkcją organizmu, której natężenie wpływa na wystąpienie i czasowe zaniknięcie niezdolności do pracy. Znaczący to tyle, że przesłanka z art. 9 ust. 2 ustawy wystąpi w razie stwierdzenia występowania schorzenia w okresie wcześniejszej niezdolności do pracy i w okresie jej odzyskania. W tym ostatnim wypadku stan chorobowy, wprawdzie obecny w organizmie, nie będzie uniemożliwiał zarobkowania, zintensyfikuje się jednak następczo, doprowadzając do ponownej niezdolności do pracy. Przedstawiony punkt widzenia koresponduje z mechanizmem ograniczania prawa do zasiłku chorobowego (tak SN w wyroku z dnia 5 maja 2016 r., II BU 4/15, Lex nr 2052405). Powtarzające się w krótkim czasie (do 60 dni) symptomy, znajdujące źródło w tym samym procesie chorobotwórczym, uniemożliwiające pracę zarobkową, według prawodawcy nie dają podstaw do objęcia ochroną ubezpieczeniową i taka właśnie sytuacja zachodziła w rozpoznawanej sprawie. W. K. otrzymywał zaświadczenia lekarskie o niezdolności do pracy, cały czas

w związku z problemami dotyczącymi tej samej choroby kręgosłupa, w następujących okresach: od 10 czerwca do 15 września 2015 r., od 18 września 2015 r. do 18 marca 2016 r., od 21 marca do 14 kwietnia 2016 r., i od 1 czerwca do 5 października 2016 r. Niewątpliwie więc okres zasiłkowy wyczerpał już z dniem 10 grudnia 2015 r. Prawomocną decyzją z dnia 3 czerwca 2016 r. (k. 4) organ odmówił przyznania ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego za okresy od 5 lutego do 18 marca 2016 r. i od 21 marca do 14 kwietnia 2016 r. Nie zmienia to jednakże faktu, iż za te okresy także miał on zaświadczenia lekarskie o niezdolności do pracy (przy czym ani organ ani on sam nie kwestionował niezdolności do pracy w tych okresach), a kolejne wystawiono mu już od 1 czerwca 2016 r. Pomiedzy tymi zaświadczeniami nie upłynął więc okres 60 dni, co już wyklucza przyznanie prawa do zasiłku chorobowego za okres po dniu 1 czerwca 2016 r. Istotnym pozostaje w tym kontekście, że ustanie "poprzedniej niezdolności do pracy" (art. 9 ust. 2 ustawy zasiłkowej) oznacza ustanie niezdolności do pracy, w znaczeniu medycznym, co w stanie sprawie nie miało miejsca. Wbrew przy tym argumentom odwołującego, pozwany w decyzji z dnia 3 czerwca 2016 r. nie zakwestionował zasadności zaświadczeń lekarskich wystawionych do dnia 14 kwietnia 2016 r., a wręcz odwrotnie, z uwagi na dalszą jego niezdolność do pracy w tym okresie na podstawie tej samej choroby, odmówiono mu prawa do zasiłku, z uwagi na wyczerpanie okresu zasiłkowego już z dniem 10 grudnia 2015 r. Trafnie wskazał Sąd Najwyższy, w zbliżonym stanie faktycznym, w uzasadnieniu uchwały z dnia 2 września 2009 r. (II UZP 7/09, OSNP 2010/7-8/93) „Ta sama choroba stała się przyczyną kolejnych niezdolności do pracy. Przerwy pomiędzy ustaniem poprzednich niezdolności do pracy były krótsze niż 60 dni. Jednak gdyby przerwy były liczone od dnia ustania prawa do zasiłku przerwa ta byłaby dłuższa niż 60 dni. Zasadniczą wątpliwość Sądu Okręgowego dotyczyła tego, jak należy liczyć długość przerwy. Decydujące znaczenie ma w tym przypadku rozstrzygnięcie, czy przerwa powinna być liczona od daty ustania prawa do zasiłku, czy od daty ustania poprzedniej niezdolności do pracy. W celu określenia daty, od której należy liczyć długość 60-dniowej przerwy konieczne jest odwołanie się do treści przepisu art. 9 ust. 2 ustawy zasiłkowej. W przepisie tym ustawodawca niewątpliwie odróżnia "okres zasiłkowy" i "okres niezdolności do pracy". Zgodnie z obowiązującymi zasadami wykładni w każdym przypadku pierwszeństwo ma wykładnia językowa. Sąd Okręgowy trafnie stwierdza, że wykładnia językowa prowadzi do wniosku, że doliczaniu podlegają okresy niezdolności do pracy w znaczeniu medycznym. W tej sytuacji niedopuszczalne jest zastosowanie innych reguł wykładni, np. systemowej. Możliwość taka istnieje bowiem jedynie w przypadku, kiedy rezultaty wykładni językowej prowadzą do niemożliwych do zaakceptowania rezultatów. Proponowana przez Sąd Okręgowy koncepcja dokonania wykładni systemowej jest zbędna. Wnioski z niej wynikające są podyktowane próbą znalezienia kompromisowego rozwiązania. Wykładnia taka jest jednak *contra legem*. W celu rozwiązania problemu należy zatem ograniczyć się do reguł wynikających z przepisu art. 9 ust. 2 ustawy zasiłkowej (na temat okresu zasiłkowego i jego liczenia zob. I. Jędrasik-Jankowska: Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego, wyd. 2, Warszawa 2009, s. 379-384). To, że ubezpieczony opłacał składki po wyczerpaniu okresu zasiłkowego nie może przesądzać o rozstrzygnięciu, polegającym na liczeniu okresu przerwy od daty ustania prawa do zasiłku. Bowiem z tytułu opłacania składek ubezpieczonym przysługuje prawo do zasiłku chorobowego jedynie w ustawowo określonym czasie. Wynika więc z powyższego, że w razie każdej niezdolności do pracy powstaje prawo do nowego okresu zasiłkowego, którego długość określa art. 9 ust. 2 ustawy. O tym, czy będzie to pierwszy dzień okresu zasiłkowego, czy kolejny decyduje rodzaj choroby, a w razie tej samej choroby długość przerwy między obiema niezdolnościami. Z przepisu art. 9 ust. 2 ustawy zasiłkowej wynika także, iż do okresu zasiłkowego należy doliczyć cały okres niezdolności do pracy wywołanej tą samą chorobą, pomimo że zasiłek był wypłacony jedynie za część tego okresu. Należy w tym miejscu wspomnieć o problemie rozumienia tej samej choroby, choć w sprawie niniejszej kolejne choroby były oznaczone tym samym numerem statystycznym. W wyroku z dnia 6 listopada 2008 r., II UK 86/08, Sąd Najwyższy orzekł, iż pojęcia "ta sama choroba", użytego w art. 9 ust. 1 i 2 ustawy zasiłkowej nie należy odnosić do tych samych numerów statystycznych, zgodnych z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, gdyż nie chodzi o identyczne objawy odpowiadające numerom statystycznym, lecz o opis stanu klinicznego konkretnego układu lub narządu, który – choć daje różne objawy, podpadające pod różne numery statystyczne – wciąż stanowi tę samą chorobę, skoro dotyczy tego samego narządu lub układu. Z omawianego przepisu nie wynika również, że zasady wliczania przerw mają zastosowanie tylko do jednej przerwy w niezdolności do pracy. Tak więc do kolejnego okresu zasiłkowego należy doliczać te okresy niezdolności do pracy z powodu tej samej choroby, które zakończyły się w okresie krótszym niż 60 dni, licząc od dnia powstania kolejnej niezdolności.” Podzielając w całej rozciągłości przytoczoną argumentację trzeba wyjaśnić, że bez znaczenia dla prawa do zasiłku chorobowego od dnia 1 czerwca 2016 r. jest okoliczność, że W. K. przysługiwało prawo do zasiłku

chorobowego prawidłowo do dnia 10 grudnia 2015 r. (wyplaconego z przyczyn wadliwego działania organu aż do dnia 4 lutego 2016 r.), skoro był on nadal niezdolny do pracy i posiadał zaświadczenia lekarskie o niezdolności do pracy do dnia 14 kwietnia 2016 r. Niezdolność do pracy ubezpieczonego (przyjmując nawet korzystniejszą dla niego w tym aspekcie wersję, wynikającą wyłącznie z zaświadczeń lekarskich o niezdolności do pracy) ustała bowiem dopiero z dniem 14 kwietnia 2016 r. i od tego momentu nie upłynęło 60 dni do dnia 1 czerwca 2016 r. Skoro tak, to już z tych przyczyn nie przysługuje mu prawo do zasiłku chorobowego po dniu 1 czerwca 2016 r. Trzeba jednakże zauważyć, że jak podkreślał sam ubezpieczony, nie odzyskał on faktycznej zdolności do pracy (faktycznie nie prowadząc działalności gospodarczej) także w okresie od 15 kwietnia do 31 maja 2016 r., co dodatkowo potwierdza konstatację o braku prawa do zasiłku chorobowego za okres po dniu 1 czerwca 2016 r., skoro w sensie medycznym w ogóle brak było jakiegokolwiek przerwy w jego niezdolności do pracy spowodowanej chorobą kręgosłupa. Powyższego nie zmienia także fakt, na co trafnie wskazano w powołanej uchwale Sądu Najwyższego z dnia 2 września 2009 r., opłacania składek na ubezpieczenie społeczne za okres od 5 lutego do 31 maja 2016 r. Fakt ten nie upoważnia bowiem do wydłużania okresu zasiłkowego, określonego przez ustawodawcę sztywno na 182 dni (z wyjątkami nie dotyczącymi sprawy).

Z uwagi na powyższe, Sąd na podstawie art. 477¹⁴ § 1 i 2 k.p.c. orzekł jak w sentencji.

SSR Marcin Winczewski