

Sygn. akt VII U 972/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 15 stycznia 2019 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 10 stycznia 2019 r. w Bydgoszczy

spraw K. M.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w B.

o prawo do zasiłku chorobowego i zwrot zasiłku chorobowego

na skutek odwołań K. M.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w B.

z dnia 30 stycznia 2018 r. nr (...),

z dnia 20 lutego 2018 r. nr (...)

i z dnia 13 marca 2018 r. nr (...)

1. zmienia zaskarżoną decyzję z dnia 20 lutego 2018 r. w ten sposób, że ubezpieczony nie jest zobowiązany do zwrotu zasiłku chorobowego wypłaconego za okres od 11 października 2017 r. do 11 stycznia 2018 r.;
2. oddala odwołania ubezpieczonego od decyzji z dnia 30 stycznia 2018 r. i z dnia 13 marca 2018 r.;
3. nie obciąża ubezpieczonego kosztami procesu pozwanego organu.

SSR Marcin Winczewski

Sygn. akt VII U 972/18

UZASADNIENIE

Decyzją nr (...) z dnia 30 stycznia 2018 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B., na podstawie art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, odmówił K. M. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 12 stycznia do 15 lutego 2018 r.

Decyzją nr (...) z dnia 13 marca 2018 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B., na podstawie art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, odmówił K. M. prawa do zasiłku chorobowego za okresy od 12 do 27 lipca 2017 r. oraz od 16 lutego do 12 marca 2018 r.

W uzasadnieniu powyższych decyzji wskazano, iż z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej K. M. podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresach od 1 stycznia 1999 r. do 31 marca 2014 r. i od 13 lipca 2017 r.,

tj. od dnia złożenia ponownie dokumentu (...). Niezdolność do pracy ubezpieczonego powstała w dniu 16 maja 2017 r., a więc przed objęciem ubezpieczeniem chorobowymi i trwa nieprzerwanie.

Decyzją nr (...) z dnia 20 lutego 2018 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B., na podstawie art. 84 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych zobowiązał K. M. do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego z funduszu chorobowego w kwocie 5.473,98 zł za okres od 11 października 2017 r. do 11 stycznia 2018 r. W uzasadnieniu wskazano, iż zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego. ZUS wypłacił ubezpieczonemu zasiłek za sporny okres, jednak podlegał on dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej za okres od 1 stycznia 1999 r. do 31 marca 2014 r. i następnie od dnia 13 lipca 2017 r. Zachorował w dniu 16 maja 2017 r., czyli przed objęciem dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, a okazało się że od tego momentu był bez przerwy niezdolny do pracy, choć nie przedłożył w organie zaświadczenia o niezdolności do pracy za okres od 12 do 27 lipca 2017 r. Z tej przyczyny nie ma prawa do zasiłku chorobowego za okres 11 października 2017 r. do 11 stycznia 2018 r., a wypłacone świadczenia są nienależne i podlegają zwrotowi.

Odwołania od trzech powyższych decyzji wniósł K. M., domagając się ich zmiany. W uzasadnieniu wskazał, że okres wyczekiwania 90 dni w jego przypadku upływa z dniem 10 października 2017 r., więc prawo do zasiłku chorobowego nabędzie od dnia 11 października 2017 r., na co organ wskazał w swej decyzji z dnia 3 października 2017 r. Ponadto wskazał, że jest niezdolny do pracy na skutek wypadku, jest w trakcie leczenia i rehabilitacji, a ZUS odmawiając zasiłku pozbawia go środków do życia.

W odpowiedzi na odwołania Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. wniósł o ich oddalenie, podtrzymując stanowisko wyrażone w uzasadnieniach decyzji.

Sprawy z odwołań od powyższych decyzji zostały połączone do wspólnego rozpoznania i rozstrzygnięcia. Wyrokiem z dnia 20 czerwca 2018 r. w sprawie VII U 275/18 Sąd Rejonowy w Bydgoszczy zmienił zaskarżone decyzje, przyznając ubezpieczonemu prawo do zasiłku chorobowego łącznie za okres od 12 stycznia do 12 marca 2018 r. i ustalając, że nie jest on zobowiązany do zwrotu należnie pobranego zasiłku chorobowego za okres od 11 października 2017 r. do 11 stycznia 2018 r. w kwocie 5.473,98 zł. W pozostałym zakresie (tj. co do prawa do zasiłku chorobowego za okres od 12 do 27 lipca 2017 r.) odwołanie oddalono.

Apelację od powyższego wyroku wniósł Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B., reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika, domagając się jego zmiany i oddalenia odwołań oraz zasądzenia od ubezpieczonego kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Wyrokiem z dnia 24 października 2018 r. w sprawie VI Ua 60/18 Sąd Okręgowy w Bydgoszczy uchylił wyrok Sądu pierwszej instancji w punktach 1, 2 i 3, przekazując mu sprawę do ponownego rozpoznania oraz rozstrzygnięcia co do kosztów procesu za drugą instancję. W uzasadnieniu wskazano, iż K. M. podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej za okres od 1 stycznia 1999 r. do 31 marca 2014 r. i następnie od dnia 13 lipca 2017 r. Zachorował w dniu 16 maja 2017 r. i był bez przerwy niezdolny do pracy do dnia 12 marca 2018 r. Niezdolność do pracy powstała więc w okresie, kiedy nie podlegał ubezpieczeniu chorobowemu. Apelujący słusznie wskazał więc, że Sąd Rejonowy nie uwzględnił art. 66 ust. 1 ustawy zasiłkowej. Trudno więc uznać, że ubezpieczony ma prawo do zasiłku chorobowego we wskazanych okresach, a wypłacone świadczenie ma charakter należny, wyłącznie na podstawie przesłanek wskazanych w uzasadnieniu wyroku. Konieczne jest zbadanie, czy rzeczywiście nie ujawnił on organowi zaświadczenia lekarskiego za okres od 12 do 27 lipca 2017 r., a jeśli tak, z jakich względów, a w szczególności, czy wprowadził pozwanego w błąd, przyczyniając się do bezpodstawnego wypłacenia zasiłku chorobowego.

W toku ponownego rozpoznania sprawy strony podtrzymały swe stanowiska. Profesjonalny pełnomocnik ubezpieczonego wniósł o zasądzenie od pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Z kolei organ, w złożonym na zarządzenie piśmie z dnia 19 grudnia 2018 r. (k. 71) wskazał, iż oryginał zaświadczenia lekarskiego K. M. za okres od 12 do 27 lipca 2017 r. (tzw. czerwony druk) został przez lekarza

leczącego złożony do ZUS w dniu 14 lipca 2017 r. Egzemplarz ubezpieczonego wpłynął natomiast dopiero w dniu 26 lutego 2018 r. Jednocześnie przedstawiono zestawienie zaświadczeń lekarskich ubezpieczonego, wykazujące, iż był on bez przerwy niezdolny do pracy w okresie od 16 maja 2017 r. do 12 marca 2018 r. (k. 72).

Sąd ustalił, co następuje:

K. M. prowadzi działalność gospodarczą pod nazwą PPHU (...) w Ś.. Z tego tytułu zgłosił się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego za okres od 1 stycznia 1999 r. do 31 marca 2014 r., kiedy to został z niego wyłączony z uwagi na nieopłacanie składek. Ponownie zgłosił się z tego tytułu do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od dnia 13 lipca 2017 r., albowiem w jednostce terenowej ZUS został poinformowany, że jeśli przez 90 dni będzie opłacał składki, to za dalszy okres będzie mu przysługiwało prawo do zasiłku chorobowego.

K. M. zachorował w dniu 16 maja 2017 r. (złamanie nadgarstka), czyli przed ponownym objęciem dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym i od tego momentu był bez przerwy niezdolny do pracy aż do dnia 12 marca 2018 r.

Ubezpieczony, w ramach prowadzonej działalności gospodarczej, korzysta z pomocy biura rachunkowego prowadzonego w Ś. przez A. K.. To właśnie jemu dostarczał on otrzymywane od lekarza leczącego zaświadczenia lekarskie o niezdolności do pracy, a dopiero A. K. przysyłał je do organu. Egzemplarz zaświadczenia za okres od 12 do 27 lipca 2017 r., który K. M. otrzymał od lekarza leczącego, został przesłany do ZUS dopiero w dniu 26 lutego 2018 r., przy czym zaświadczenia za pozostałe okresy były składne bezzwłocznie. Organ miał natomiast pełną wiedzę o całym, nieprzerwanym okresie niezdolności ubezpieczonego do pracy, albowiem oryginał zaświadczenia lekarskiego K. M. za okres od 12 do 27 lipca 2017 r. (tzw. czerwony druk) został przez lekarza leczącego złożony do ZUS już w dniu 14 lipca 2017 r.

(okoliczności bezsporne; ponadto dowód: pismo pozwanego z dnia 19 grudnia 2018 r. – k. 71; zestawienie zaświadczeń o niezdolności do pracy – k. 72; potwierdzenie ponownego zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych w dniu 13 lipca 2017 r. – k. 73; przesłuchanie ubezpieczonego – k. 78-79)

Decyzją nr (...) z dnia 3 października 2017 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B., na podstawie art. 4 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, odmówił K. M. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 28 lipca do 10 października 2017 r. W uzasadnieniu wskazano, iż osoba podlegająca dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu nabywa prawo do zasiłku chorobowego po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego. Przed powstaniem niezdolności do pracy ubezpieczony nie miał pełnego okresu wyczekiwania, który upłynie z dniem 10 października 2017 r. i w przypadku prawidłowo opłaconej składki za październik 2017 r., prawo do zasiłku nabędzie od dnia 11 października 2017 r. Decyzja ta, niezaskarżona przez ubezpieczonego, stała się prawomocna. Następnie pozwany wypłacił K. M. zasiłek chorobowy za okres od 11 października 2017 r. do 11 stycznia 2018 r. w łącznej kwocie 5.473,98 zł (wypłaty następowały w okresie od 29 listopada 2017 r. do 19 stycznia 2018 r.).

Decyzją nr (...) z dnia 30 stycznia 2018 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B., na podstawie art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, odmówił K. M. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 12 stycznia do 15 lutego 2018 r.

Decyzją nr (...) z dnia 20 lutego 2018 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B., na podstawie art. 84 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych zobowiązał K. M. do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego z funduszu chorobowego w kwocie 5.473,98 zł za okres od 11 października 2017 r. do 11 stycznia 2018 r.

Decyzją nr (...) z dnia 13 marca 2018 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B., na podstawie art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, odmówił K. M. prawa do zasiłku chorobowego za okresy od 12 do 27 lipca 2017 r. oraz od 16 lutego do 12 marca 2018 r.

(okoliczności bezsporne, ponadto dowód: decyzje pozwanego z dnia 3 października 2017 r., z dnia 30 stycznia 2018 r., z dnia 20 lutego 2018 r. i z dnia 13 marca 2018 r. – k. 10 oraz akta ZUS; przesłuchanie ubezpieczonego – k. 78-79)

Sąd zważył, co następuje:

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dokumentów znajdujących się w aktach sprawy, 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. Istotne, iż wyrok Sądu Rejonowego z dnia 20 czerwca 2018 r. został zaskarżony przez pozwanego wyłącznie częściowo i uprawomocnił się w zakresie punktu 4, którym to oddalono częściowo odwołanie od decyzji z dnia 13 marca 2018 r., tj. w zakresie odmowy przyznania prawa do zasiłku chorobowego za okres od 12 do 27 lipca 2017 r. Sąd Okręgowy uchylił i przekazał do ponownego rozpoznania wyrok Sądu pierwszej instancji w punktach 1, 2 i 3 i wyłącznie w tym zakresie Sąd rozpoznawał ją ponownie.

Należy podkreślić, iż stan faktyczny sprawy w zakresie koniecznym do jej rozstrzygnięcia, był bezsporny pomiędzy stronami. Nie budziło bowiem sporu i wątpliwości (co zresztą wynika z uzasadnienia wyroku Sądu Okręgowego z dnia 24 października 2018 r., którego to wytycznymi Sąd jest aktualnie związany na mocy art. 386 § 6 k.p.c.), iż K. m. zgłosił się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzonej działalności za okres od 1 stycznia 1999 r. do 31 marca 2014 r., kiedy to został z niego wyłączony z uwagi na nieopłacanie składek. Ponownie zgłosił się z tego tytułu do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od dnia 13 lipca 2017 r., a zachorował w dniu 16 maja 2017 r. (złamanie nadgarstka), czyli jeszcze przed ponownym objęciem dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym i od tego momentu był bez przerwy niezdolny do pracy aż do dnia 12 marca 2018 r. Egzemplarz zaświadczenia lekarskiego o niezdolności do pracy za okres od 12 do 27 lipca 2017 r., który K. M. otrzymał od lekarza leczącego, został przesłany do ZUS dopiero w dniu 26 lutego 2018 r., przy czym zaświadczenia za pozostałe okresy były składne bezzwłocznie, a dokonywał tego A. K., pomagający mu w kwestiach księgowych i rozliczeń z ZUS. To właśnie tę kwestię Sąd Okręgowy kazał zbadać przy ponownym rozpoznaniu sprawy. Istotne przy tym, iż organ miał pełną wiedzę o całym, nieprzerwanym okresie niezdolności ubezpieczonego do pracy, albowiem oryginał zaświadczenia lekarskiego K. M. za okres od 12 do 27 lipca 2017 r. (tzw. czerwony druk) został przez lekarza leczącego złożony do ZUS już w dniu 14 lipca 2017 r. Pozwany przyznał to wprost w swym piśmie z dnia 19 grudnia 2018 r. (k. 71), złożonym na wezwanie Sądu. Jest to o tyle znaczące, że kwestia tego kiedy złożono egzemplarz przekazany ubezpieczonemu nie może mieć decydującego znaczenia, skoro przecież organ już od dnia 14 lipca 2017 r. musiał mieć pełną wiedzę, że również w okresie od 12 do 27 lipca 2017 r. K. M. był niezdolny do pracy. Zdaniem Sądu, bez znaczenia dla wiedzy organu o tym fakcie pozostawać musi, kto złożył do ZUS zaświadczenie lekarskie, tj. czy zrobił to wyłącznie lekarz prowadzący, czy też jednocześnie sam ubezpieczony. Pozwany stara się przeforsować koncepcję, iż K. M. wprowadził go w błąd, albowiem nie przedłożył w terminie zaświadczenia za okres od 12 do 27 lipca 2017 r., jednakże pomija przy tym okoliczność, iż wiedzę o tym fakcie posiadał już od dnia 14 lipca 2017 r., kiedy stosowne zaświadczenie przesłał mu sam lekarz prowadzący. W kontekście posiadania wiedzy o nieprzerwanej niezdolności ubezpieczonego od pracy od dnia 16 maja 2017 r., w tym również w okresie od 12 do 27 lipca 2017 r., bez znaczenia zdaniem Sądu, pozostawać musi okoliczność, który z podmiotów mających taki obowiązek, przekazał do organu zaświadczenie lekarskie. Taki obowiązek miał niewątpliwie również sam ubezpieczony, jednakże konsekwencją jego niewykonania była ewentualnie możliwość obniżenia o 25% wysokości zasiłku chorobowego na podstawie nieobowiązującego aktualnie art. 62 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (j.t.: Dz. U. z 2017 r., poz. 1368 ze zm.; powoływana dalej, jako „ustawa zasiłkowa”). Nie można natomiast przyjąć, jak chciałby pozwany, że skoro ubezpieczony przedłożył zaświadczenie po terminie, to organ został wprowadzony w błąd przy wypłacie zasiłku chorobowego, chociaż miał wiedzę o fakcie niezdolności ubezpieczonego do pracy także za okres od 12 do 27 lipca 2017 r. jeszcze na długo przed wypłatą spornego zasiłku za okres od 11 października 2017 r. do 11 stycznia 2018 r., co nastąpiło dopiero na przełomie 2017 i 2018 r. W ocenie Sądu Rejonowego fakt, że w dniu 14 lipca 2017 r. do ZUS wpłynęło zaświadczenie lekarskie o niezdolności do pracy ubezpieczonego za okres od 12 do 27 lipca 2017 r., przekazane przez lekarza leczącego, wyłącza możliwość uznania, że K. M. mógł wprowadzić organ w błąd, sam przekazując je dopiero w lutym 2018 r. Skoro organ miał wiedzę o fakcie nieprzerwanej niezdolności ubezpieczonego

do pracy począwszy od dnia 16 maja 2017 r., to tym samym nie mógł zostać wprowadzony w błąd przez ubezpieczonego poprzez zaniechanie. Obowiązkiem pozwanego przed wypłatą spornego zasiłku było bowiem sprawdzenie wszelkich posiadanych informacji w tym zakresie, niezależnie z jakiego źródła one pochodzą.

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 2017 r., poz. 1368 ze zm.; powoływana dalej, jako „ustawa zasiłkowa”), a ustawą z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (j.t.: Dz. U. z 2017 r., poz. 1778 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 szczególny 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 zajścia 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 wątpliwości Sądu, iż wypłacenie ubezpieczonemu zasiłku chorobowego nastąpiło wskutek błędów pozwanego organu. Nie sposób więc uznać go za świadczenie nienależnie pobrane w rozumieniu art. 84 ust. 2 ustawy systemowej. Nie zaistniały bowiem jakiegokolwiek 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 K. M.. O ile świadczenie za sporny okres nie powinno było w ogóle zostać wypłacone (o czym poniżej), to nastąpiło to na skutek błędów pracowników Zakładu, który miał przecież pełną świadomość, że ubezpieczony był niezdolny do pracy bez jakiegokolwiek przerwy już od dnia 16 maja 2017 r., w tym również w okresie od 12 do 27 lipca 2017 r. W momencie wypłaty zasiłku za okres od 11 października 2017 r. do 11 stycznia 2018 r. w obrocie funkcjonowała prawomocna decyzja z dnia 3 października 2017 r. (k. 10), która jednoznacznie sugerowała ubezpieczonemu wypłatę zasiłku właśnie od dnia 11 października 2017 r. Zakład, przy dokonaniu niewielkiego nakładu pracy, winien sprawdzić wszelkie formalne przesłanki do wypłaty zasiłku, a nie poprzestawać wyłącznie na fackie, że do końca 2017 r. ubezpieczony sam nie przesłał zaświadczenia o niezdolności do pracy za okres od 12 do 27 lipca 2017 r. To zaświadczenie wpłynęło do organu już w dniu 14 lipca 2017 r. i jeszcze raz należy podkreślić, że bez znaczenia dla stanu wiedzy organu w tej materii pozostawać musi, kto taką informację przekazał. Organ winien sprawdzić, czy takiego zaświadczenia nie ma

w jego systemie, czego nie dokonał, przerzucając aktualnie winę na ubezpieczonego. Istotne przy tym, iż z niczego nie wynikało ewentualne pouczenie odnośnie obowiązku zwrotu wypłaconych świadczeń.

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.). W wyroku z dnia 9 sierpnia 2018 r. (II UK 211/17, Legalis nr 1811705) Sąd Najwyższy wskazał wprost ostatnio „Jeżeli organ rentowy na podstawie nieudokumentowanego wniosku lub na podstawie stanu faktycznego niewyjaśnionego wskutek własnych zaniedbań przyzna wnioskodawcy świadczenia, do których prawo nie istnieje, wadliwość ta i jej konsekwencje materialne nie mogą być uznane za wynik sprzecznej z prawem działalności wnioskodawcy ani za objaw złej woli z jego strony, nie mogą więc stanowić podstawy do obciążenia świadczeniobiorcy obowiązkiem zwrotu niesłusznie wypłaconej sumy.” 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, określanymi 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; z dnia 9 sierpnia 2018 r., II UK 211/17, Legalis nr 1811705 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 za okres od 11 października 2017 r. do 11 stycznia 2018 r. 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. Było wręcz odmiennie, albowiem zarówno w jednostce ZUS, jak i w decyzji z dnia 3 października 2017 r. zasugerowano K. M., że może on otrzymać zasiłek chorobowy za okres od dnia 11 października 2017 r., jeśli przez okres 90 dni po ponownym zgłoszeniu do dobrowolnego ubezpieczenia społecznego od dnia 13 lipca 2017 r., będzie w sposób prawidłowy opłacał składki. W tym stanie rzeczy zaskarżona decyzja z dnia 20 lutego 2018 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 brak stosownego pouczenia w tym zakresie przed lub w momencie wypłaty spornych świadczeń. Świadomość nienależności świadczenia ma przy tym wpływać 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 rozpoznawanej sprawie najzwyczajniej takiego pouczenia brak.

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. Skoro bowiem nie był on o czymkolwiek pouczony przed datą wypłaty zasiłków, 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 ocenie Sądu, nie da się bowiem wprowadzić w błąd profesjonalnego organu poprzez niezłożenie zaświadczenia lekarskiego za okres od 12 do 27 lipca 2017 r., skoro o tymże zaświadczeniu ZUS miał już wcześniej wiedzę, albowiem zostało ono przedłożone w dniu 14 lipca 2017 r. przez lekarza leczącego. Nawet zresztą, gdyby nie złożył go lekarz leczący i tak nie stanowiłoby to podstawy żądania zwrotu zasiłku w drodze decyzji administracyjnej, gdyż obowiązkiem organu przed wypłatą zasiłku jest zbadanie wszelkich podstaw do takiej czynności i mógł on choćby zwrócić się o wyjaśnienie tej kwestii. Było to jednakże istotnie zbędne, skoro wiedzę w tym zakresie ZUS już posiadał. Przerzucanie w tej sytuacji winy na ubezpieczonego, który nie mając przecież wiedzy prawniczej, mógł nie wiedzieć, czy, kiedy i na jakich zasadach zasiłki w ogóle zostaną mu wypłacone, jest całkowicie niedopuszczalne. 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 więc 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).

Reasumując, zasiłek chorobowy za okres od 11 października 2017 r. do 11 stycznia 2018 r. został wypłacony ubezpieczonemu nie z jego winy, a na skutek błędu organu i już z tych przyczyn brak jest podstaw do uznania ich za nienależne świadczenia w rozumieniu art. 84 ustawy systemowej. Nawet jednakże przy przyjęciu odmiennym, niedopuszczalne jest wydanie w sprawie decyzji administracyjnej zobowiązującej do zwrotu spornych świadczeń, skoro nie zachodzą przesłanki wskazane w art. 84 ust. 2 pkt 1 (ubezpieczony nie był właściwie pouczony o zasadach braku prawa do świadczeń), ani pkt 2 (ubezpieczony nie składał nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów, ani też w inny sposób nie wprowadził pozwanego świadomie w błąd).

Z powyższych względów zmieniono zaskarżoną decyzję z dnia 20 lutego 2018 r. w ten sposób, że ubezpieczony nie jest zobowiązany do zwrotu zasiłku chorobowego wypłaconego za okres od 11 października 2017 r. do 11 stycznia 2018 r. (punkt 1). W pozostałym jednakże zakresie odwołania ubezpieczonego od decyzji z dnia 30 stycznia 2018 r. i z dnia 13 marca 2018 r. (w zakresie, w którym przekazano ją do ponownego rozpoznania, tj. co do okresu od 16 lutego do 12 marca 2018 r.) – oddalono (punkt 2).

Bezspornym pozostawało w sprawie, jak wskazano powyżej, iż ubezpieczony zgłosił się po kilkuletniej przerwie ponownie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej od dnia 13 lipca 2017 r., a zachorował jeszcze przed tą datą, od dnia 16 maja 2017 r. i był niezdolny do pracy bez przerwy aż do dnia 12 marca 2018 r. Na kwestie te wskazał już w uzasadnieniu swego wyroku Sąd Okręgowy, powołując w

tym kontekście na konieczność zastosowania art. 6 ust. 1 ustawy zasiłkowej, zgodnie z którym zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego. Przepis ten jednoznacznie normuje sytuację zaistniałą w sprawie, wskazując że w sytuacji w której ubezpieczony stał się niezdolny do pracy jeszcze przed rozpoczęciem trwania ubezpieczenia chorobowego (już od dnia 16 maja 2017 r.), w ogóle nie może nabyć prawa do zasiłku chorobowego, niezależnie od tego, od jakiej daty miałby on mu przysługiwać, co wiąże się z okresami wyczekiwania z art. 4 ust. 1 ustawy zasiłkowej. Artykuł 6 ustawy zasiłkowej ma zapobiegać właśnie takim sytuacjom, jaka miała miejsce u K. M., a więc zgłaszaniu się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w sytuacji, w której wiadomo, że konkretna osoba będzie niezdolna do pracy przez dłuższy okres czasu i mimo że w momencie zachorowania nie podlegała pod ubezpieczenie chorobowe, to zgłosiłaby się do niego dobrowolnie tak, aby po okresie wyczekiwania nabyć takie prawo. Z tego względu ubezpieczony nie mógł nabyć w ogóle prawa do zasiłku chorobowego za sporny okres łącznie od 12 stycznia do 12 marca 2018 r.

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

O kosztach procesu Sąd orzekł w punkcie 3 wyroku na podstawie art. 102 k.p.c., który stanowi, iż w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. W niniejszym postępowaniu Sąd rozpoznawał trzy połączone do wspólnego rozpoznania odwołania ubezpieczonego, z których to wygrał on w zakresie decyzji z dnia 20 lutego 2018 r., natomiast przegrał w zakresie decyzji z dnia 30 stycznia 2018 r. i z dnia 13 marca 2018 r., przy czym należało wziąć pod uwagę także koszty postępowania apelacyjnego, co wynika z rozstrzygnięcia Sądu Okręgowego w Bydgoszczy. Co do zasady Sąd winien więc stosunkowo rozdzielić poniesione koszty stron i z uwagi na fakt, iż to pozwany wygrał sprawę w 2/3 części, zasądzić od ubezpieczonego na rzecz organu odpowiednią część kosztów procesu, na które składa się wynagrodzenie ustanowionego w sprawie profesjonalnego pełnomocnika. Zdaniem Sądu jednakże w sprawie należało zastosować tzw. regułę słuszności. Kwestia zastosowania art. 102 k.p.c. pozostawiona jest orzekającemu sądowi z odwołaniem się do jego kompetencji, bezstronności, doświadczenia i poczucia sprawiedliwości. Ocena w tym zakresie ma charakter dyskrecjonalny, oparty na swobodnym uznaniu, kształtowanym własnym przekonaniem oraz oceną okoliczności i może być podważona w zasadzie jedynie wtedy, gdy jest rażąco niesprawiedliwa (tak SN w postanowieniach z dnia 10 października 2012 r., I CZ 66/12 Lex nr 1232749 i z dnia 12 października 2012 r., IV CZ 69/12, Lex nr 1232622 oraz wcześniejszych judykatach). Ustawodawca nie zdefiniował pojęcia „wypadków szczególnie uzasadnionych”, pozostawiając ich kwalifikację, przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności danej sprawy, sądowi (zob. postanowienie SN z dnia 20 grudnia 1973 r., II CZ 210/73, Lex nr 7366). Do okoliczności branych pod uwagę przez Sąd przy ocenie przesłanek zastosowania dyspozycji omawianego przepisu zaliczyć można nie tylko te związane ze stanem majątkowym i sytuacją życiową strony, ale również dotyczące samego przebiegu postępowania. Podkreślić przy tym należy, że do wypadków szczególnie uzasadnionych w rozumieniu art. 102 k.p.c. można zaliczyć także sytuacje wynikające z samego charakteru żądania poddanego rozstrzygnięciu sądu (tak SN w postanowieniu z dnia 19 października 2012 r., V CZ 43/12, Lex nr 1243106). W powyższych okolicznościach sprawy, ubezpieczony wnosząc odwołania mógł pozostawać w uzasadnionym przekonaniu o ich słuszności, zwłaszcza w kontekście stwierdzeń zawartych w decyzji z dnia 3 października 2017 r. oraz faktu wypłacenia mu przez organ zasiłku chorobowego za pewien okres, przy niezmienionym stanie faktycznym. Ponadto, co istotne, ważnym pozostaje przedmiot sprawy, którym jest zasiłek chorobowy, z którego K. M. utrzymywał się wyłącznie w spornych okresach czasu, nie będąc przecież zdolnym do pracy. W ocenie Sądu, okoliczności te przemawiają łącznie za odstąpieniem od obciążenia go kosztami procesu poniesionymi przez pozwany organ.

SSR Marcin Winczewski