

Sygnatura akt IV Ua 42/21

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 15 października 2021 r.

Sąd Okręgowy w Elblągu IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w składzie:

Przewodniczący: sędzia Renata Żywicka

po rozpoznaniu w dniu 15 października 2021 r. w Elblągu na posiedzeniu niejawnym

sprawy z odwołania K. K.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w E.

z dnia 5 lutego 2020 r., znak (...)

o wypłatę zasiłku chorobowego

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Rejonowego w Elblągu

z dnia 11 maja 2021 r. sygn. akt IV U 148/20

1. prostuje oczywistą niedokładność w rubrum zaskarżonego wyroku w ten sposób, że w miejsce słów ” o zasiłek chorobowy” wpisuje słowa „ o wypłatę zasiłku chorobowego” ;

2.zmienia zaskarżony wyrok i oddala odwołanie.

Renata Żywicka

Sygn. akt IV Ua 42/21

UZASADNIENIE

Ubezpieczony K. K. odwołał się od decyzji pozwanego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w E. z dnia 5 lutego 2020 r. znak: (...), na mocy której odmówiono mu prawa co wypłaty zasiłku chorobowego za okres od dnia 29 kwietnia 2019 r. do dnia 31 lipca 2019 r. i przyznano prawo do zasiłku chorobowego za okres od dnia 1 sierpnia 2019 r. do dnia 24 września 2019 r.

Uzasadniając swoje stanowisko ubezpieczony wskazał, iż decyzja w części odmawiającej wypłaty zasiłku chorobowego jest nieuzasadniona i krzywdząca bowiem pracodawca nie wypłacił mu spornego świadczenia.

Pozwany wniósł o oddalenie odwołania i wskazał, że pracodawca ubezpieczonego wykazał wypłatę zasiłku chorobowego na rzecz ubezpieczonego.

Wyrokiem z dnia 11 maja 2021 r. Sąd Rejonowy w Elblągu w sprawie IV U 148/20 w pkt I zamknął rozprawę, w pkt II zmienił decyzję pozwanego w zaskarżonej przez ubezpieczonego części w ten sposób, że przyznał ubezpieczonemu prawo do zasiłku chorobowego za okres od dnia 29 kwietnia 2019 r. do dnia 31 lipca 2019 r., w pkt III szczegółowe wyliczenie kosztów procesu pozostawił referendarzowi sądowemu wskazując, że ubezpieczony wygrał sprawę w całości.

Sąd Rejonowy oparł się na następujących ustaleniach i wnioskach:

Ubezpieczony K. K. podlegał ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu zatrudnienia w (...) Spółce z o.o. w E.. Płatnik składek zatrudniał powyżej 20 pracowników. W związku z niezdolnością do pracy ubezpieczony korzystał ze zwolnień lekarskich.

W dniu 9 lipca 2019 r. płatnik składek zwrócił się do pozwanego o przejęcie wypłaty zasiłku chorobowego dla ubezpieczonego ze względu na ciężką sytuację finansową i brak środków na wypłatę świadczeń. Wskazał przy tym, że nie posiada środków na wypłatę zarówno zaległych jak i bieżących świadczeń. W tym dniu wpłynął również wniosek ubezpieczonego o przejęcie od płatnika wypłaty zasiłku chorobowego. Jednocześnie ubezpieczony wskazał, że nie wypłacono mu świadczeń za maj i czerwiec 2019 r.

W raporcie ZUS RSA płatnik składek wskazał, że wypłacił ubezpieczonemu zasiłki chorobowe za miesiąc kwiecień, maj, czerwiec i lipiec 2019 r.

W dniu 19 grudnia 2019 r. płatnik składek złożył do pozwanego druk ZUS Z-3, w którym wskazał, że wypłacił ubezpieczonemu wynagrodzenie za czas choroby od dnia 27 marca 2019 r. do dnia 28 kwietnia 2019 r. Nie udzielił informacji czy dokonał wypłaty zasiłku chorobowego. W aktach sprawy brak jest jakichkolwiek dowodów potwierdzających fakt dokonania wypłaty ubezpieczonemu spornych świadczeń.

Zaskarżoną decyzją pozwany odmówił ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 29 kwietnia 2019 r. do dnia 31 lipca 2019 r. oraz dokonał wypłaty zasiłku chorobowego za okres, od dnia 1 sierpnia 2019 r. do dnia 24 września 2019 r.

Ubezpieczony zaskarżył decyzję w części dotyczącej odmowy wypłaty świadczenia za okres od dnia 29 kwietnia 2019 r. do dnia 31 lipca 2019 r.

Sąd Rejonowy zaznaczył, że okoliczności sporne pomiędzy stronami ograniczały się wyłącznie do następującej kwestii: czy pracodawca wypłacił ubezpieczonemu zasiłek chorobowy za okres od dnia 29 kwietnia 2019 r. do dnia 31 lipca 2019 r.

Sąd I instancji podkreślił, że zgodnie art. 61 ust. 1 pkt 1 i art. 63 ust 1 i 2 i 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz. U. z 2005 Nr 31, poz. 267 z późn. zm.), prawo do zasiłków określonych w ustawie i ich wysokość ustalają oraz zasiłki te wypłacają płatnicy składek na ubezpieczenie chorobowe, którzy zgłaszają do ubezpieczenia chorobowego powyżej 20 ubezpieczonych, z zastrzeżeniem pkt 2 lit d. Ubezpieczony może wystąpić do ZUS z wnioskiem o ustalenie uprawnień do zasiłku, jeżeli uważa, że zostały naruszone jego uprawnienia w tym zakresie. Z wnioskiem o ustalenie uprawnień do zasiłku przysługującego ubezpieczonemu może wystąpić do ZUS także płatnik składek na ubezpieczenie chorobowe.

Sąd Rejonowy wskazał, że bezspornym między stronami było, że ubezpieczony spełniał przesłanki do uzyskania prawa do zasiłku chorobowego za sporny okres. Sąd I instancji dokonując ustaleń stanu faktycznego opierał się na dokumentacji znajdującej się w aktach sprawy oraz w aktach pozwanego organu rentowego w części, w jakiej okoliczności faktyczne nie stanowiły sporu.

W ocenie Sądu Rejonowego z zebranego w sprawie materiału dowodowego wynika jednoznacznie, że pozwany odmówił wypłaty świadczenia jedynie na podstawie raportu ZUS RSA i ustalenia, że płatnik kwoty zasiłku rozliczył w ramach składek należnych na ubezpieczenie chorobowe bez potwierdzenia tego faktu oraz bez poparcia tego stwierdzenia jakimikolwiek dokumentami bądź wyjaśnieniami.

W ocenie Sądu Rejonowego, pozwany nie miał wiedzy czy ubezpieczonemu wypłacono sporne świadczenie, a mimo to opierając się jedynie na podstawie raportu płatnika składek uznał, że należność ta została wypłacona. Sąd Rejonowy zaznaczył, że płatnik składek we wniosku na druku ZAS-58 złożonym pozwanemu w dniu 9 lipca 2019 r. wskazał,

że nie posiada środków finansowych na wypłatę zarówno zaległych jak i bieżących świadczeń zatem zdaniem Sądu I instancji należało uznać, że nie posiadał on środków na wypłatę świadczeń za okres poprzedzający lipiec 2019 r. Pozwany nie podjął żadnych starań aby ustalić czy płatnik dokonał wypłaty świadczenia mimo faktu, iż na druku ZUS Z- 3 nie wskazał, że ten zasiłek wypłacił lub go nie wypłacił.

W wyniku przeprowadzonego postępowania dowodowego Sąd I instancji ustalił jednoznacznie, że brak jest jakichkolwiek dowodów potwierdzających fakt wypłaty należności na rzecz ubezpieczonego.

Sąd Rejonowy na podstawie przepisu art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. orzekł jak w punkcie II wyroku. Natomiast na podstawie art. 98 k.p.c. w zw. z art. 108 k.p.c. orzekł jak w punkcie III orzeczenia.

We wniesionej apelacji pozwany organ rentowy zaskarżył opisany powyżej wyrok w całości i zarzucił mu:

1. naruszenie prawa procesowego, a w szczególności art. 477¹⁴ § 2 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (j.t. Dz. U. z 2020 r. poz. 1575 ze zm.), poprzez orzeczenie o prawie ubezpieczonego do zasiłku chorobowego, które to prawo nie jest istotą niniejszej sprawy;
2. naruszenie prawa procesowego, a w szczególności art. 233 § 1 k.p.c., poprzez naruszenie zasady swobodnej oceny dowodów, polegające na uznaniu, że płatnik składek nie wypłacił ubezpieczonemu zasiłku chorobowego za sporny okres, podczas, gdy stoi to w sprzeczności z treścią dokumentów znajdujących się w aktach sprawy, co doprowadziło do sprzecznych istotnych ustaleń Sądu I instancji z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego;
3. naruszenie prawa procesowego, tj. art. 227 k.p.c. poprzez niewyjaśnienie wszystkich istotnych okoliczności w sprawie;
4. naruszenie prawa materialnego - art. 63 ust. 1 w zw. z art. 61 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 870 ze zm.), poprzez niezastosowanie i w konsekwencji uznanie w uzasadnieniu orzeczenia, że obowiązek wypłaty zasiłku chorobowego winien być realizowany przez organ rentowy.

W oparciu o powyższe zarzuty apelacyjne pozwany organ rentowy wniósł o:

1. zmianę zaskarżonego wyroku w całości i orzeczenie co do istoty sprawy, polegające na oddaleniu odwołania, ewentualnie
2. o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji.

Uzasadniając apelację pozwany wskazał, że rozstrzygnięcie Sądu I Instancji, oparte na złożonej do akt sprawy dokumentacji oraz na podstawie zeznań ubezpieczonego, nie jest właściwe.

A. podkreślił, że zaskarżoną decyzją (po sprostowaniu postanowieniem z 26 marca 2020r.) organ rentowy nie odmówił ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego za okres od 29 kwietnia 2019 r. do 31 lipca 2019 r., lecz odmówił wypłaty zasiłku chorobowego za ten okres. Skarżący wskazał, że z akt sprawy wynika jednoznacznie, że spółka wypłaciła ubezpieczonemu zasiłek chorobowy za okres od 29 kwietnia 2019 r. do 31 lipca 2019 r. Fakt ten został poświadczony przez płatnika składek w dokumentach rozliczeniowych złożonych za ubezpieczonego za sporny okres, a wypłacony zasiłek chorobowy uwzględniony został w rozliczeniu należnych składek.

Organ rentowy wskazał, że zebrany w niniejszej sprawie materiał dowodowy nie pozwala na przyjęcie, że płatnik składek faktycznie nie wypłacił ubezpieczonemu spornego świadczenia i nie rozliczył go w ramach składek należnych na ubezpieczenie chorobowe, a zatem brak jest podstaw do przejścia jego wypłaty przez organ rentowy. W ocenie organu rentowego okoliczności ustalone w postępowaniu dowodowym nie dają wystarczającego uzasadnienia do przyjęcia przez Sąd I instancji, że płatnik składek nie wypłacił ubezpieczonemu zasiłku chorobowego za sporny okres.

A. wskazał, że opierając się na raportach rozliczeniowych, złożonych przez płatnika składek za sporny okres, organ rentowy miał prawo uznać, że sporne świadczenie zostało wypłacone. Z ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych nie wynika bowiem, aby wraz z raportami rozliczeniowymi płatnik składek był zobowiązany przedkładać organowi rentowemu inne niż te raporty dowody wypłaty ubezpieczonym zasiłków chorobowych, rozliczanych następnie w ramach składek należnych na ubezpieczenie chorobowe.

Pozwany wskazał także, że z wniosku płatnika składek, złożonego 8 lipca 2019 r., nie wynika również jakie zaległe świadczenia, tj. za jakie poszczególne okresy zasiłkowe, nie zostały ubezpieczonemu wypłacone. Ponadto informacje z wniosku nie korelują całkowicie z danymi zawartymi w raportach rozliczeniowych złożonych za ubezpieczonego za okres od kwietnia do lipca 2019 r., które to właśnie potwierdzają fakt wypłaty zasiłków chorobowych i ich rozliczenia w ramach składek na ubezpieczenie chorobowe. Pozwany zaznaczył również, że po złożeniu wniosku płatnik składek nie skorygował dokumentów rozliczeniowych za ubezpieczonego w tym zakresie.

A. podkreślił, że pomimo złożenia 8 lipca 2019 r. wniosku o przejęcie przez organ rentowy wypłat zaległych świadczeń za nieokreślone bliżej okresy płatnik składek następnie w dniach: 15 lipca 2019 r., 23 lipca 2019 r. oraz 23 sierpnia 2019 r., przekazał organowi rentowemu kolejne raporty rozliczeniowe za ubezpieczonego, które przeczą twierdzeniom z jego wniosku, gdyż wynika z nich fakt wypłaty ubezpieczonemu spornych świadczeń za maj, czerwiec i lipiec 2019 r.

W świetle powyższego apelant wskazał, że Sąd Rejonowy nie miał wystarczających podstaw, aby twierdzenia zawarte we wniosku płatnika składek z 8 lipca 2019 r. uznać za wiarygodne i przyjąć ostatecznie, że płatnik składek nie posiadał środków na wypłatę ubezpieczonemu świadczeń za okres poprzedzający lipiec 2019 r. Nadto Sąd I instancji niewłaściwie również orzekł w sentencji wyroku o prawie ubezpieczonego do zasiłku za okres od 29 kwietnia 2019 r. do 31 lipca 2019 r., gdyż prawo to nie jest przez organ rentowy kwestionowane, a potwierdza to fakt przyznania ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego od 1 sierpnia 2019 r. do 24 września 2019 r., tj. do końca pełnego okresu zasiłkowego w wymiarze 182 dni.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja jako zasadna skutkowałą zmianą zaskarżonego wyroku i oddaleniem odwołania.

Przede wszystkim podkreślenia wymaga, że pozwany trafnie zarzucił błędne sformułowanie sentencji wyroku, wskazując, że Sąd I instancji niewłaściwie orzekł w o prawie ubezpieczonego do zasiłku za okres od 29 kwietnia 2019 r. do 31 lipca 2019 r., gdy prawo to nie było przez organ rentowy kwestionowane, co potwierdza fakt przyznania ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego od 1 sierpnia 2019 r. do 24 września 2019 r., tj. do końca pełnego okresu zasiłkowego w wymiarze 182 dni. Przedmiotem sporu niewątpliwie była odmowa wypłaty zasiłku chorobowego za powyższy okres przez pozwanego, a nie samo prawo do tego zasiłku.

Ponieważ Sąd Rejonowy wyraźnie w uzasadnieniu wyroku podkreślił, że okoliczności sporne pomiędzy stronami ograniczały się wyłącznie do kwestii czy pracodawca wypłacił ubezpieczonemu zasiłek chorobowy za okres od dnia 29 kwietnia 2019 r. do dnia 31 lipca 2019 r., Sąd Okręgowy uznał, że została rozpoznana istota sprawy, jedynie omyłkowo Sąd I instancji sformułował sentencję wyroku.

Skoro nie ulegało wątpliwości co było przedmiotem rozpoznania Sądu Rejonowego, w pkt 1. wyroku Sąd II instancji sprostował oczywistą niedokładność w rubrum zaskarżonego wyroku w ten sposób, że w miejsce słów „o zasiłek chorobowy” wpisano słowa „o wypłatę zasiłku chorobowego” na zasadzie art. 350 § 1kpc w zw. z art. 391 § 1 kpc.

Odnosząc się do meritum sprawy, zarzuty naruszenia prawa procesowego i materialnego zawarte w apelacji należało uznać za trafne.

Przede wszystkim zasadny okazał się zarzut naruszenia przepisów prawa procesowego, w tym art. 233 § 1 k.p.c., poprzez naruszenie zasady swobodnej oceny dowodów, polegające na uznaniu, że płatnik składek nie wypłacił ubezpieczonemu zasiłku chorobowego za sporny okres.

Wskazać należy, że Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Oznacza to, że wszystkie ustalone w toku postępowania fakty powinny być brane pod uwagę przy ocenie dowodów, a tok rozumowania sądu powinien znaleźć odzwierciedlenie w pisemnych motywach wyroku. Przepis ten daje wyraz obowiązywaniu zasady swobodnej oceny dowodów. Swobodna ocena dowodów odnosi się do wyboru określonych środków dowodowych i do sposobu ich przeprowadzenia. Mają być one ocenione konkretnie i w związku z całym zebrany materiał dowodowy. Ramy swobodnej oceny dowodów wyznaczone są wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego oraz regułami logicznego myślenia, według których sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i wając ich moc oraz wiarygodność, odnosi je do pozostałego materiału dowodowego (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 czerwca 1999 roku, sygn. akt: II UKN 685/98, OSNAPU i S 2000 nr 17, poz. 655).

Sąd może oprzeć swe przekonanie jedynie na dowodach prawidłowo przeprowadzonych, a ocena dowodów musi być dokonana na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału dowodowego. Sąd musi ocenić wszystkie przeprowadzone dowody oraz uwzględnić wszelkie towarzyszące im okoliczności, które mogą mieć znaczenie dla oceny mocy i wiarygodności tych dowodów. Sąd zobowiązany jest przeprowadzić selekcję dowodów, wybierając te, na których się oparł i ewentualnie odrzucić inne, którym odmówił wiarygodności i mocy dowodowej. Przez moc dowodową rozumie się przy tym siłę przekonania, jaką uzyskał sąd wskutek przeprowadzenia określonych dowodów o istnieniu lub nieistnieniu faktu, którego one dotyczyły. Ocena wiarygodności dowodu zależy od środka dowodowego. Sąd, oceniając wiarygodność decyduje o tym, czy określony środek dowodowy, ze względu na jego indywidualne cechy i obiektywne okoliczności, zasługuje na wiarę, czy też nie. Uważa się także, iż granice swobodnej oceny dowodów warunkuje czynnik ideologiczny, tj. poziom świadomości prawnej sędziego oraz obowiązujące w danym momencie poglądy na sądowe stosowanie prawa. (por. T. Erciński. Jacek Gudowski. Maria Jędrzejewska - "Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz", Część I, Wyd. LexisNexis).

Przenosząc powyższe rozważania na kanwę niniejszej sprawy, wskazać należy, że Sąd I instancji wskazał, iż w aktach sprawy brak jest jakichkolwiek dowodów potwierdzających fakt dokonania wypłaty spornych świadczeń ubezpieczonemu.

Słusznie pozwany zarzucił, że brak jest dostatecznych podstaw dla takich ustaleń Sądu. Podkreślenia wymaga, że z wniosku płatnika składek z dnia 4 lipca 2019r. (data wpływu do ZUS – 8 lipca 2019r.) o przejęcie wypłat zasiłku chorobowego dla ubezpieczonego wynika jedynie, że posiada on ciężką sytuację finansową i nie posiada środków finansowych na wypłatę zarówno zaległych, jak i bieżących świadczeń. Z wniosku nie wynika, jakie zaległe świadczenia, tj. za jakie poszczególne okresy zasiłkowe, nie zostały ubezpieczonemu wypłacone. Przy czym informacje zawarte przez płatnika we wniosku nie korelują z danymi zawartymi w raportach rozliczeniowych złożonych przez płatnika za ubezpieczonego za okres od kwietnia do lipca 2019 r., które to właśnie potwierdzają fakt wypłaty zasiłków chorobowych i ich rozliczenia w ramach składek na ubezpieczenie chorobowe. Pozwany zaznaczył również wyraźnie, że po złożeniu wniosku z 8 lipca 2019r., płatnik w dniach: 15 lipca 2019 r., 23 lipca 2019 r. oraz 23 sierpnia 2019 r., przekazał organowi rentowemu kolejne raporty rozliczeniowe za ubezpieczonego, które przeczą twierdzeniom z jego wniosku, gdyż wynika z nich fakt wypłaty ubezpieczonemu spornych świadczeń za maj, czerwiec i lipiec 2019 r.

Powyższe przeczy twierdzeniom ubezpieczonego, że płatnik nie wypłacił mu zasiłków chorobowych za sporny okres, co ma stosowne konsekwencje procesowe, a mianowicie przenosi ciężar wykazania faktu braku wypłaty świadczeń na ubezpieczonego stosownie do treści art. 6 kc w zw. z art. 232 kpc . W toku postępowania wnioskodawca temu obowiązkowi nie sprostał, dlatego też Sąd Rejonowy błędnie ustalił, że płatnik nie wypłacił ubezpieczonemu zasiłków chorobowych za sporny okres.

Błędne ustalenia faktyczne doprowadziły do naruszenia przez Sąd I instancji przepisów art. 63 ust. 1 w zw. z art. 61 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 870 ze zm.), gdyż brak było podstaw do przejęcia wypłaty zasiłków przez ZUS.

W tym miejscu należy przypomnieć, że płatnik składek jest przede wszystkim, zgodnie z jego nazwą i statusem prawnym, podmiotem zobowiązanym do zapłaty należnych składek na ubezpieczenia społeczne i tylko wtedy wykonuje inne zadania ze stosunków ubezpieczenia społecznego, jeżeli zostają mu one powierzone przez ustawodawcę w ramach powinności określonych w ustawie (art. 3 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, tekst jedn.: Dz. U. z 2021 r. poz. 423 - zwanej ustawą systemową). Tylko płatnicy składek, między innymi na ubezpieczenia chorobowe, którzy zgłaszają do ubezpieczenia chorobowego powyżej 20 ubezpieczonych, zostali upoważnieni przez ustawodawcę w ramach obowiązku uiszczania składek na ubezpieczenia społeczne, do ustalania prawa i wysokości zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego oraz wypłat tych świadczeń, które rozliczają na poczet należnych składek na ubezpieczenia społeczne (art. 46 ust. 1 i 2 ustawy systemowej), pomniejszając należne składki o kwoty wypłaconych świadczeń chorobowych. W sensie normatywnym wypłata tych świadczeń następuje w istocie rzeczy z funduszu chorobowego, wyodrębnionego w ramach FUS (art. 55 pkt 3 ustawy systemowej), bowiem świadczenia chorobowe przysługują ze społecznego ubezpieczenia chorobowego i są wypłacane ze środków zgromadzonych w funduszu chorobowym, którym dysponuje Zakład Ubezpieczeń Społecznych, bo w stosunkach ubezpieczenia społecznego Zakład ten jest "ubezpieczycielem" i świadczeniodawcą świadczeń przysługujących uprawnionym ubezpieczonym z funduszu ubezpieczeń społecznych, choćby wypłata niektórych świadczeń chorobowych została technicznie powierzona płatnikom składek, którzy rozliczają wypłacone świadczenia na poczet składek na ubezpieczenia chorobowe, gromadzonych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (świadczeniodawcę) w funduszu chorobowym, wyodrębnionym w ramach FUS.

W związku z powyższym płatnik składek jedynie formalnie wypłaca świadczenia chorobowe ze środków własnych, bowiem w istocie rzeczy wypłaca je ze środków funduszu chorobowego, skoro rozlicza wypłacone świadczenia z należnymi składkami na ubezpieczenia społeczne, które Zakład Ubezpieczeń Społecznych gromadzi w FUS (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 maja 2012 r., w sprawie I UK 447/11).

Zgodnie z art. 61 ust. 1 pkt 1 i art. 69 ustawy zasiłkowej, prawo do zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego określonych w tej ustawie i ich wysokość ustalają oraz świadczenia te wypłacają płatnicy składek na ubezpieczenia chorobowe, którzy zgłaszają do ubezpieczenia chorobowego powyżej 20 ubezpieczonych, ale nie może być wątpliwości, że świadczenia te wynikają ze stosunku ubezpieczenia społecznego w razie wystąpienia ryzyka (zdarzenia) ubezpieczeniowego. Świadczenia te przysługują ze środków zgromadzonych w funduszu ubezpieczeń społecznych (FUS), którego jedynym dysponentem jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych (art. 51 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, jednolity tekst: Dz.U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585 ze zm., powoływanej dalej jako ustawa systemowa). FUS jest państwowym funduszem celowym, powołanym do realizacji zadań z zakresu ubezpieczeń społecznych. Ze środków w nim zgromadzonych finansowane są przede wszystkim wypłaty świadczeń, między innymi, z ubezpieczenia chorobowego (art. 54 pkt 1 ustawy systemowej), które przysługują z funduszu chorobowego, wyodrębnionego w ramach FUS (art. 55 pkt 3 tej ustawy). To, że na podstawie art. 61 pkt 1 i art. 69 ustawy zasiłkowej, prawo do zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego określonych w tej ustawie i ich wysokość ustalają oraz świadczenia te wypłacają płatnicy składek na ubezpieczenia chorobowe, którzy zgłaszają do ubezpieczenia chorobowego powyżej 20 ubezpieczonych i powinni je rozliczać na poczet należnych składek na ubezpieczenia społeczne (art. 46 ustawy systemowej), oznacza jedynie tyle, że ustawodawca powierzył wymienionym płatnikom składek uproszczoną formę wypłaty i rozliczeń świadczeń przysługujących z funduszu chorobowego, wyodrębnionego w ramach FUS (art. 55 pkt 3 ustawy systemowej).

Biorąc powyższe pod uwagę, na zasadzie art. 386 § 1 kpc należało orzec jak w pkt 2. wyroku.

SSO Renata Żywicka