

Sygn. akt IV U 160/22

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 15 czerwca 2022 roku

Sąd Rejonowy IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w T.

w składzie: Przewodniczący: Sędzia Alina Kordus-Krajewska

Protokolant: sekr.sąd. Michał Ziółkowski

po rozpoznaniu w dniu 8 czerwca 2022 roku

sprawy z odwołania R. J.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w T.

o świadczenie rehabilitacyjne

w związku z odwołaniem od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w T.

z dnia 11 marca 2022 roku

I. Oddala odwołanie.

Sędzia Alina Kordus-Krajewska

Sygn. akt IV U 160/22

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 11 marca 2022 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T. znak (...) - (...), odmówił R. J. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

W uzasadnieniu decyzji organ wskazał, że 26 czerwca 2018 r. wydano na wniosek płatnika składek decyzję, na podstawie której ustalono, że 9 marca 2018 r. ubezpieczony wykorzystał przysługujący okres zasiłkowy. Na skutek odwołania wydany został w dniu 25 sierpnia 2020 r. wyrok przez Sąd Apelacyjny w Gdańsku w sprawie o sygn. IV U 18/19 informujący, że decyzja z 26 czerwca 2018r. jest prawidłowa. Wskazano, że ubezpieczony nie złożył wniosku o przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego w ustawowym terminie - zgodnie z art. 67 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2021 r. poz. 1133) (dalej : ustawa zasiłkowa), dlatego wniosek nie podlegał rozpatrzeniu z powodu przedawnienia.

Odwołanie od decyzji wniósł ubezpieczony R. J., domagając się jej zmiany poprzez przyznanie mu prawa do zasiłku rehabilitacyjnego.

W uzasadnieniu odwołania ubezpieczony podał, że bacząc na obowiązujące przepisy, będące podstawą wydania decyzji przez organ- prawidłowo, przez upływem biegu przedawnienia tj. w dniu 9 marca 2022 r. złożył wniosek o przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego, gdyż ostatnim dniem okresu przedawnienia był 10 marca 2022 r. R. J. wyjaśniał, że powodem złożenia wniosku w tym terminie były błędy popełnione przez płatnika składek oraz ZUS, o czym oświadczył składając wniosek. Ubezpieczony podał, że początkowo ZUS w piśmie z dnia 10 stycznia 2018 r. wskazał błędne zaliczenie okresów nieobecności w pracy do jednego okresu zasiłkowego, na podstawie czego płatnik składek wystosował wniosek o świadczenie rehabilitacyjne zawierający błędną datę zakończenia okresu zasiłkowego

określoną na 12 lutego 2018 r. Ostatecznie jednak jak podawał, na skutek złożonych przez niego przed organem wyjaśnień, ZUS wydał nową decyzję, w której określił, że zakończenie okresu zasiłkowego nastąpiło dnia 9 marca 2018 r. Zdaniem ubezpieczonego płatnik składek miał obowiązek przesłać mu kompletną dokumentację niezbędną do złożenia wniosku o świadczenie rehabilitacyjne co najmniej na 6 tygodni przed zakończeniem okresu zasiłkowego, czego nie uczynił, wysyłając dokumenty zawierające błędne informacje z opóźnieniem, a po wydaniu nowej decyzji określającej prawidłowo okres zasiłkowy również nie przesłał mu prawidłowej dokumentacji. Ubezpieczony uważał, że nie posiadając pełnej prawidłowej dokumentacji, nie mógł ubiegać się o przyznanie świadczenia mimo, że nie odzyskał zdolności do pracy po 27 lutego 2018 r. Zarzucił organowi, że nie przeprowadził działań związanych z potrzebą ustalenia uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych mimo, że miał obowiązek powołać lekarza orzecznika lub komisję lekarską, a następnie samoczynnie przyznać świadczenie rehabilitacyjne.

W odpowiedzi na odwołanie organ wniósł o jego oddalenie podtrzymując swoje stanowisko w sprawie, wskazując na przedawnienie z uwagi na niezłożenie wniosku o świadczenie rehabilitacyjne na okres od 10 marca 2018 r. w ustawowym terminie wynikającym z art. 67 ustawy zasiłkowej.

W piśmie procesowym datowanym na 22 maja 2022 r. ubezpieczony potwierdził swoje twierdzenia, negując upływ terminu przedawnienia do złożenia wniosku o uzyskanie świadczenia, powołując się na treść art. 67 ust. 4 ustawy zasiłkowej i 3 letni okres terminu przedawnienia liczonego od ostatniego dnia okresu, za który zasiłek przysługuje. Zdaniem ubezpieczonego organ stwierdzając w decyzji z dnia 26 czerwca 2018 r., że nie odzyskał zdolności do pracy miał obowiązek na podstawie art. 18 ust. 1 ustawy przyznać mu świadczenie rehabilitacyjne, a on sam nie mógł uczynić tego na skutek opieszałości pracodawcy.

W piśmie procesowym datowanym na 6 czerwca 2022 r. organ rentowy podkreślił, że ubezpieczony pobierał do 9 marca 2018 r. zasiłek chorobowy, a po tym czasie nie złożył wniosku o świadczenia rehabilitacyjne, mimo że korzystał w późniejszym czasie z innych świadczeń społecznych. Organ podał, że z uwagi na wypłacone pozostałe świadczenia (w tym od 11 grudnia 2018 r. do 5 marca 2019 r. – zasiłek chorobowy) ewentualne przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego we wnioskowanym okresie byłoby możliwe wyłącznie od 10 marca 2018 r. do 10 grudnia 2018 r., wobec czego termin na złożenie wniosku o wypłatę świadczenia upłynął 10 czerwca 2019 r. Zdaniem organu ubezpieczony nie wykazał, ażeby niewypłacenie świadczenia w całości lub części było następstwem błędu płatnika składek lub organu i nie ma wobec tego zastosowania termin przedawnienia wynoszący 3 lata.

Na rozprawie w dniu 8 czerwca 2022 r. ubezpieczony wskazał, że w jego ocenie nie ma do niego zastosowania art. 67 ust. 3 ustawy zasiłkowej, bowiem orzecznictwo wskazuje, że z terminu tam przewidzianego korzystają osoby, które przez przeszkody zdrowotne, które nie mogą się poruszać i złożyć wniosku, a skoro on do takich osób nie zaliczał się, to winien korzystać z terminu określonego w art. 67 ust. 4 ustawy zasiłkowej.

Strony do zakończenia procesu podtrzymały swoje stanowiska.

Po zamknięciu rozprawy ubezpieczony złożył pismo procesowe datowane na 14 czerwca 2022 r., w którym podkreślił, że w momencie prawomocności wyroku oddalającego odwołanie od decyzji z dnia 26 czerwca 2018 r. nie był już pracownikiem płatnika składek i nie mógł uzyskać stosownych dokumentów. Stwierdził także, że przyznane świadczenia po 10 marca 2018 r. (świadczenie chorobowe od 11 grudnia 2018 r.) nie wpływa na to, że winno być mu z urzędu przyznane świadczenie rehabilitacyjne, z uwagi na niezdolność do pracy po wyczerpaniu okresu zasiłkowego.

Sąd ustalił, co następuje:

Ubezpieczony R. J. był zatrudniony w (...) spółka z o.o. w T. do 29 listopada 2018 r. Pracodawca w 2018r. wniósł do ZUS o ustalenie okresu zasiłkowego mając na uwadze częste i długotrwałe niezdolności do pracy ubezpieczonego.

Pismem z dnia 10 stycznia 2018 r. ZUS określił, że do jednego okresu zasiłkowego R. J. należy wliczyć niezdolności do pracy w okresach od 6 maja 2017 r. do 16 maja 2017 r., od 27 maja 2017 r. do 9 czerwca 2017 r. od 5 sierpnia 2017 r. do 18 sierpnia 2017 r., od 24 sierpnia 2017 r. do 6 września 2017 r., od 22 września 2017 r. do 27 września 2017 r., od

2 października 2017 r. do 21 października 2017 r. od 27 października 2017 r. do 25 listopada 2017 r. , od 30 listopada 2017 r. do 29 stycznia 2018r.

W dniu 12 stycznia 2018r.(k.8, k.16) pracodawca -płatnik składek przysłał ubezpieczonemu wniosek o świadczenie rehabilitacyjne wypełnione w części dotyczącej płatnika oraz wywiad zawodowy. We wniosku podano, że okres zasiłkowy kończy się w dniu 12 lutego 2018r.

Od 1 lutego 2018 r. ubezpieczony miał zakaz swobodnego wchodzenia na teren zakładu pracy z uwagi na konflikt z pracodawcą. Jednak gdy ubezpieczony chciał w sierpniu 2018r. uzyskać dokumenty do lekarza został wpuszczony do zakładu i otrzymał potrzebne dokumenty.

dowód:

- pismo z dnia 10 stycznia 2018 r. – k. 4 akt organu (plik 1 rozpoczynający się od wniosku płatnika składek o ustalenie okresu zasiłkowego),k.24-25 akr sprawy,

-pismo z dnia 2 lipca 2018r. k.14

- przesłuchanie ubezpieczonego – protokół elektroniczny z dnia 8 czerwca 2022 r. (00:04:31- 00:32:44)

Decyzją z dnia 26 czerwca 2018 r. ZUS skorygował poprzednie stanowisko i określił, że R. J. wykorzystał 9 marca 2018 r. przysługujący okres zasiłkowy, do którego wliczono niezdolności do pracy w okresach od 5 sierpnia 2017 r. do 18 sierpnia 2017 r., od 24 sierpnia 2017 r. do 6 września 2017 r., od 22 września 2017 r. do 27 września 2017 r., od 2 października 2017 r. do 21 października 2017 r. od 27 października 2017 r. do 25 listopada 2017 r. , od 30 listopada 2017 r. do 26 lutego 2018 r. do 1 marca 2018 r. W decyzji wskazano, że po 27 lutego 2018 r. ubezpieczony nie odzyskał zdolności do pracy, na podstawie opinii wydanej przez lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego.

dowody:

-pismo z dnia 5 lutego 2018r. k.16-17,

-pismo z dnia 25.01.2018r. k.28, -pismo z dnia 16.04.2018r. k.98, -pismo z dnia 22.03.2018r. k.30-31, -pismo z dnia 7.05.2018r. k.32-33, pismo z dnia 6.08.2018r. k.34-35,

- decyzja z 26 czerwca 2018 r. – k. 35 akta organu (plik 1 rozpoczynający się od wniosku płatnika składek o ustalenie okresu zasiłkowego)

- wezwanie kierowane do lekarza prowadzącego leczenie – k. 29- 31

- odpowiedź na wezwanie – k. 29 akt organu (plik 1 rozpoczynający się od wniosku płatnika składek o ustalenie okresu zasiłkowego)

- przesłuchanie ubezpieczonego – protokół elektroniczny z dnia 8 czerwca 2022 r. (00:04:31- 00:32:44)

Na skutek odwołania wniesionego od decyzji z dnia 26 czerwca 2018 r., wyrokiem z dnia 11 kwietnia 2019 r. Sąd Rejonowy w Toruniu wydał w sprawie IV U 273/18 oddalił odwołanie. Apelacja od wyroku została oddalona wyrokiem wydanym przez Sąd Okręgowy w Toruniu w sprawie IV U 18/19 w dniu 20 września 2019 r., zaś kasacja R. J. została odrzucona postanowieniem z dnia 25 sierpnia 2020 r. wydanym w sprawie IV Ua 18/19 przez Sąd Okręgowy w Toruniu.

dowody:

- wyrok SR w Toruniu z 11 kwietnia 2019 r. - akta sprawy IV U 273/18, k. 41 akt organu (plik 3 rozpoczynający się od oświadczenia z dnia 25 marca 2019 r.)

- wyrok SO w Toruniu z 20 września 2019 r. – k. 14 akt organu (plik 3 rozpoczynający się od oświadczenia z dnia 25 marca 2019 r.)

- postanowienie SO w Toruniu z dnia 25 sierpnia 2020 r. – k. 44 (plik 3 rozpoczynający się od oświadczenia z dnia 25 marca 2019 r.)

W okresie od 2 lutego 2018 r. do 20 sierpnia 2018 r. ubezpieczony leczył się psychiatrycznie.

dowód

- przesłuchanie ubezpieczonego – protokół elektroniczny z dnia 8 czerwca 2022 r. (00:04:31- 00:32:44)

Dnia 7 marca 2022 r. R. J. złożył wniosek o świadczenie rehabilitacyjne za okres od 10 marca 2018 r. Wraz z wnioskiem złożył oświadczenie o niezłożeniu wniosku w terminie ze względu na błędy popełnione przez płatnika składek(błędny okres zasiłkowy podany we wniosku o świadczenie rehabilitacyjne) i ZUS tj. niewezwanie do lekarza orzecznika. Decyzją z dnia 11 marca 2022 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T. znak (...) - (...), odmówił R. J. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

dowody:

- wniosek o świadczenie rehabilitacyjne z 7 marca 2022 r. wraz z oświadczeniem- k. 27-32 akt organu znak 560000/602

- decyzja z dnia 11 marca 2022 r. – k. 33 akt organu znak 560000/602

- przesłuchanie ubezpieczonego – protokół elektroniczny z dnia 8 czerwca 2022 r. (00:04:31- 00:32:44)

Ubezpieczony na podstawie składanych wniosków miał przyznawane prawo do świadczenia rehabilitacyjnego, zgodnie z decyzjami z dnia 13 stycznia 2020 r. (świadczenie na okres od 13 stycznia 2020 r. do 11 kwietnia 2020 r.), z dnia 19 marca 2020 r. (świadczenie na okres od 12 kwietnia 2020 r. do 9 sierpnia 2020 r.) z dnia 29 czerwca 2020 r. (zmiana decyzji- świadczenie do 7 listopada 2020 r.), z dnia 29 lipca 2020 r. (świadczenie na okres od 8 listopada 2020 r. do 6 stycznia 2021 r.)

dowody:

- akta organu 560000/602

W dniu 8 marca 2022 r. ubezpieczony wniósł pozew przeciwko organowi o przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego w kwocie 26.898 zł za okres od 10 marca 2018 r. , który został przekazany do organu rentowego według właściwości.

dowód:

- pozew – k. 6-10

R. J. zawnioskował o rentę z tytułu niezdolności do pracy. Decyzją z dnia 31 marca 2021 r. organ rentowy odmówił mu prawa do tego świadczenia. Wyrokiem z dnia 5 stycznia 2020 r. w sprawie IV U 695/21 Sąd Okręgowy w Toruniu oddalił odwołanie.

dowody:

- decyzja z 31 marca 2021 r. – akta organu k. 48 (plik rozpoczynający się od wniosku o rentę z tytułu niezdolności do pracy)

- wyrok SO w Toruniu z 5 stycznia 2022 r. – k. 74 akt organu (plik rozpoczynający się od wniosku o rentę z tytułu niezdolności do pracy)

Sąd zważył, co następuje:

Stan faktyczny w niniejszej sprawie ustalony został na podstawie zgromadzonej dokumentacji, co do której brak było podstaw do podważania jej autentyczności.

Dodatkowo przeprowadzono dowód z przesłuchania ubezpieczonego, którego stanowisko w sprawie opierało się na interpretacji przepisów dokonanych przez ubezpieczonego.

W przedmiotowej sprawie kwestią sporną było w istocie to, czy ubezpieczony w terminie określonym przez przepisy art. 67 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa Dz.U.2021.1133 t.j.(dalej zwanej ustawą zasiłkową) , złożył w terminie wniosek o przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego. W przypadku pozytywnej weryfikacji działań ubezpieczonego ocenić należało czy wystąpiły faktyczne przesłanki do przyznania prawa do świadczenia zgodnie ze złożonym wnioskiem za okres po 10 marca 2018 r.

Zgodnie z treścią art. 18 ust. 1 ustawy zasiłkowej świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie zdolności do pracy. W świetle przytoczonego przepisu art. 18 ust. 1 i 2 otrzymanie świadczenia rehabilitacyjnego jest możliwe po spełnieniu przez osobę ubiegającą się o nie, łącznie trzech przesłanek – wyczerpanie zasiłku chorobowego, dalsza niezdolność do pracy, rokowanie odzyskania zdolności do pracy w okresie 12 miesięcy.

Zgodnie z art. 61 b w/w ustawy postępowanie w sprawie przyznania i wypłaty zasiłku wszczyna się na wniosek złożony w formie pisemnej lub w formie dokumentu elektronicznego podpisanego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, na elektroniczną skrzynkę podawczą Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub na adres do doręczeń elektronicznych.

2. Postępowanie w sprawie przyznania i wypłaty zasiłku chorobowego lub zasiłku opiekuńczego z tytułu opieki nad chorym członkiem rodziny wszczyna się:

1) jeżeli płatnikiem zasiłku jest płatnik składek:

a) posiadający profil informacyjny płatnika składek, na podstawie:

–zaświadczenia lekarskiego w formie dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 55 ust. 1, otrzymanego na tym profilu,

–wydruku zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6, albo zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 7, przekazanych przez ubezpieczonego,

b)nieposiadający profilu informacyjnego płatnika składek - na podstawie wydruku zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6, albo zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 7, przekazanych przez ubezpieczonego;

2) jeżeli płatnikiem zasiłku jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych - na podstawie wydruku zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6, zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 7, albo wniosku, o którym mowa w ust. 1, przekazanych przez ubezpieczonego albo płatnika składek upoważnionego przez ubezpieczonego.

3. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

1) dane ubezpieczonego - pierwsze imię, nazwisko, numer PESEL albo serię i numer paszportu i datę urodzenia, jeżeli nie nadano numeru PESEL, oraz adres zamieszkania;

2) dane płatnika składek - NIP lub numer PESEL albo serię i numer paszportu, jeżeli nie ma obowiązku posługiwania się NIP i nie nadano numeru PESEL;

3) informacje o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłku lub jego wysokość.

4. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dołącza się dokumenty niezbędne do przyznania i wypłaty zasiłku.

W myśl art. 69 ustawy zasiłkowej do świadczenia rehabilitacyjnego stosuje się odpowiednio przepisy art. 61, art. 61a, art. 61b ust. 1, 3 i 4 i art. 63-68 oraz przepisy wydane na podstawie art. 61b ust. 6. Wobec tego możliwość podjęcia starań o uzyskanie prawa do zasiłku została ograniczona czasowo z uwagi na treść art. 67 ustawy zasiłkowej. Istota przedawnienia uregulowanego w tym przepisie polega na tym, że po upływie czasu wskazanego w tym przepisie roszczenie majątkowe o wypłatę zasiłku wygasa (por. I. Jędrasik-Jankowska, Pojęcia i konstrukcje prawne, s. 359). Chodzi zatem o ograniczenie okresu niepewności dla podmiotu realizującego zasiłki związane z wyczekiwaniem na ewentualne pojawienie się żądania ubezpieczonego (R. W., Obowiązki ubezpieczonego, s. 44). R. legis instytucji przedawnienia polega także na tym, aby świadczenia zostały wykorzystane zgodnie z ich przeznaczeniem tj. wówczas gdy zaszła sytuacja wymagająca ochrony (zapewnienia środków utrzymania).

Zgodnie z tym przepisem:

1. Roszczenie o wypłatę zasiłku chorobowego, wyrównawczego, macierzyńskiego oraz opiekuńczego przedawnia się po upływie 6 miesięcy od ostatniego dnia okresu, za który zasiłek przysługuje.

2. (uchylony)

3. Jeżeli niezgłoszenie roszczenia o wypłatę zasiłku nastąpiło z przyczyn niezależnych od osoby uprawnionej, termin 6 miesięcy liczy się od dnia, w którym ustała przeszkoda uniemożliwiająca zgłoszenie roszczenia.

4. Jeżeli niewypłacanie zasiłku w całości lub w części było następstwem błędu płatnika składek, o którym mowa w art. 61 ust. 1 pkt 1, albo Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, roszczenie o wypłatę zasiłku przedawnia się po upływie 3 lat.

Jak zwracają uwagę komentatorzy, wedle art. 67 ust. 4 ustawy zasiłkowej 3 lata wynosi termin przedawnienia roszczenia o świadczenia z ubezpieczenia chorobowego w sytuacji, gdy niewypłacenie świadczenia było następstwem błędu płatnika zasiłku (płatnika składek lub ZUS). Inetta Jędrasik-Jankowska uważa, że chodzi tutaj nie tyle o przedawnienie zgłoszenia roszczenia o zasiłek, ile o błędne działania płatnika zasiłku, polegające na niewypłaceniu zasiłku pomimo złożonego wniosku (por. I. Jędrasik-Jankowska, Pojęcia i konstrukcje prawne, s. 360). Można więc przyjąć, że wtedy ubezpieczony może w okresie 3 lat dochodzić roszczenia składając wniosek do ZUS o wydanie decyzji na podstawie art. 63 ustawy zasiłkowej (wniosek o ustalenie uprawnień). Termin, o którym mowa w art. 67 ust. 3 dotyczy z kolei czasu, w którym ubezpieczony nie zgłosił roszczenia o wypłatę z uwagi na występującą przeszkodę i jest liczony od dnia ustąpienia przeszkody. Jednocześnie w typowej sytuacji termin przedawnienia wynosi 6 miesięcy i zaczyna biec od ostatniego dnia okresu, za który świadczenie przysługuje. Podkreślić trzeba, że samo przedawnienie odnosi się do czynności zgłoszenia roszczenia, czyli wniosku o realizację nabytego prawa (zob. Jędrasik – Jankowska Inetta, Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Omówienie, [w:] Prawo socjalne).

Przedkładając powyższe na kanwę niniejszej sprawy, ocenić należy, że ubezpieczony w ustalonym stanie faktycznym winien kierować się terminem określonym w art. 67 ust. 1 ustawy zasiłkowej, a ewentualnie przy uwzględnieniu korzystnej dla niego wykładni, określonym w art. 67 ust. 3 ustawy zasiłkowej.

W toku niniejszego postępowania R. J. starał się wykazać, że z uwagi na błędy płatnika składek i organu nie mógł złożyć wniosku, wobec czego winien mieć do niego zastosowanie 3 letni termin, o którym mowa w art. 67 ust. 4 ustawy zasiłkowej.

Zgromadzony materiał dowodowy, nie ujawnił by błąd płatnika co do okresu zasiłkowego miał wpływ na brak świadczenia dla ubezpieczonego, w sprawie nie wystąpił także błąd organu rentowego, gdyż ten nie miał obowiązku kierowania ubezpieczonego do lekarza orzecznika z urzędu i orzekać o świadczeniu rehabilitacyjnym bez wniosku ubezpieczonego.

Oceniając kierowane przeciwko organowi zarzuty, należało wskazać, że rzeczywiście organ wydał dwa stanowiska określające okresy zasiłkowe ubezpieczonego (pismo z dnia 10.01.2018 i decyzja z dnia 26.06.2018r. , które były odmienne w swojej treści co wynikało z dalszego postępowania wyjaśniającego przed ZUS. Niemniej jednak zdaniem sądu dokonana weryfikacja i wydanie decyzji z dnia 26 czerwca 2018 r. nie mogło stanowić błędu, z powodu którego ubezpieczony nie złożył w terminie wniosku o świadczenie. Zwrócić uwagę trzeba, że ubezpieczony skorzystał z drogi odwoławczej i już po wydaniu w dniu 11 kwietnia 2019 r. wyroku przez Sąd Rejonowy w Toruniu w sprawie IV U 273/18, powinna w świadomości ubezpieczonego pojawić się pewna myśl nt. złożenia wniosku o świadczenie, w przypadku posiadania takiego zamiaru. Pewność prawna co do prawidłowości decyzji z dnia 26 czerwca 2018 r. wystąpiła bezsprzecznie w momencie oddalenia apelacji ubezpieczonego przez Sąd Okręgowy w Toruniu w sprawie IV U 18/19 w dniu 20 września 2019 r. Ubezpieczony pozostał jednak bierny w tym zakresie, pomimo tego, że z sukcesem uzyskał świadczenia rehabilitacyjne na dalsze okresy. Nie można więc było uznać, że nie miał świadomości procedur wymagających złożenia wniosku. Podkreślić trzeba, że nawet jeśli uznać- z korzyścią dla ubezpieczonego, że zasadnym byłoby uznanie, iż toczące się postępowanie sądowe stanowiło przeszkodę do złożenia wniosku przez ubezpieczonego i zastosowanie winien mieć termin określony w art. 67 ust. 3 ustawy zasiłkowej, to R. J. wniosek o świadczenie mógł złożyć w ciągu 6 miesięcy od 20 września 2019 r., czego mimo możliwości nie uczynił.

Istotne jest ,że Ubezpieczony otrzymał od pracodawcy w styczniu 2018r. pisemny wniosek o świadczenie rehabilitacyjne wypełniony w części dotyczącej płatnika składek (k.62-66) Jak wynika z pierwszej strony wniosku ubezpieczony nie wypełnił dalszych informacji (k.62) i nie złożył wniosku do ZUS aż do marca 2022r. Sąd nie przyjął twierdzeń ubezpieczonego, że nieprawidłowa działalność płatnika składek- pracodawcy ubezpieczonego ((...) sp. z o.o. w T.) uzasadniała zwłokę w złożeniu wniosku, usprawiedliwioną treścią art. 67 ust. 4 ustawy zasiłkowej.

Owszem aktywność płatnika jest wymagana w zakresie wypełnienia części wniosku, jednak to na uprawnionym ciążył obowiązek zainicjowania postępowania poprzez złożenie wniosku, gdyż ubezpieczony w styczniu 2018r. otrzymał dokumenty wypełnione przez pracodawcę celem ich uzupełnienia w części dotyczące ubezpieczonego i złożenia do ZUS.

Zgodnie z §8 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Pracy, Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 8 grudnia 2015 r. w sprawie zakresu informacji o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa lub ich wysokość oraz dokumentów niezbędnych do przyznania i wypłaty zasiłków :

dokumentami niezbędnymi do przyznania i wypłaty świadczenia rehabilitacyjnego są:

- 1) złożony w formie papierowej lub w formie dokumentu elektronicznego uwierzytelnionego z wykorzystaniem kwalifikowanego certyfikatu lub profilu zaufanego ePUAP na elektroniczną skrzynkę podawczą Zakładu, wniosek o świadczenie rehabilitacyjne, zawierający dane określone w załączniku nr 5 do rozporządzenia;
- 2) złożone w formie papierowej lub w formie dokumentu elektronicznego uwierzytelnionego z wykorzystaniem kwalifikowanego certyfikatu lub profilu zaufanego ePUAP na elektroniczną skrzynkę podawczą Zakładu, zaświadczenie o stanie zdrowia osoby, w stosunku do której ma być wydane orzeczenie, wystawione przez lekarza prowadzącego

leczenie nie wcześniej niż na miesiąc przed datą złożenia wniosku;

3) złożony w formie papierowej lub w formie dokumentu elektronicznego uwierzytelnionego z wykorzystaniem kwalifikowanego certyfikatu lub profilu zaufanego ePUAP na elektroniczną skrzynkę podawczą Zakładu, wywiad zawodowy z miejsca pracy – chyba że wniosek o świadczenie rehabilitacyjne składa osoba, której niezdolność do pracy powstała po ustaniu ubezpieczenia, osoba prowadząca pozarolniczą działalność, osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność albo osoba duchowna;

W załączniku Nr 5 wskazano zakres danych wniosku o świadczenie rehabilitacyjne

I. W części wypełnianej przez wnioskodawcę:

- 1) dane ubezpieczonego - pierwsze imię, nazwisko, numer PESEL albo seria i numer paszportu i data urodzenia, jeżeli nie nadano numeru PESEL, oraz adres zamieszkania;
- 2) wskazanie przyczyny ubiegania się o świadczenie rehabilitacyjne, to jest: ogólny stan zdrowia, wypadek przy pracy albo choroba zawodowa;
- 3) informacja, czy wnioskodawca wystąpił o ustalenie uprawnień lub ma ustalone prawo do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy lub renty z tytułu niezdolności do służby, wojskowej renty inwalidzkiej, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, zagranicznej emerytury, zagranicznej renty z tytułu niezdolności do pracy, z podaniem organu rentowego i daty wystąpienia z wnioskiem lub daty, od której uprawnienia zostały ustalone;
- 4) informacja, czy wnioskodawca jest uprawniony do zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku albo świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, z podaniem daty, od której uprawnienia zostały ustalone;
- 5) zobowiązanie do poinformowania podmiotu wypłacającego świadczenie rehabilitacyjne o wszelkich zmianach, w zakresie określonym w pkt 1, 3 i 4;
- 6) numer rachunku bankowego wnioskodawcy.

II. W części wypełnianej przez płatnika składek:

- 1) NIP i REGON płatnika składek, a jeżeli płatnikowi składek nie nadano tych numerów albo jednego z nich - numer PESEL lub seria i numer paszportu, jeżeli nie ma obowiązku posługiwania się NIP i nie nadano numeru PESEL;
- 2) symbol (...)/ (...);
- 3) informacja o okresie trwania ubezpieczenia wnioskodawcy;
- 4) nazwa i adres płatnika składek lub - w przypadku złożenia wniosku w formie dokumentu papierowego - pieczętka płatnika składek, jeżeli ją posiada;
- 5) data i podpis osoby upoważnionej do wypełnienia wniosku, numer telefonu oraz - w przypadku złożenia wniosku w formie dokumentu papierowego - pieczętka zawierająca imię, nazwisko i stanowisko, jeżeli ją posiada.

III. W części wypełnianej przez płatnika zasiłku chorobowego:

- 1) wskazanie okresu niezdolności do pracy z powodu choroby, za który wnioskodawca otrzymał wynagrodzenie za okres niezdolności do pracy lub zasiłek chorobowy;
- 2) wskazanie, z jakim dniem zakończy się okres zasiłkowy oraz czy jest to 182- czy 270-dniowy okres zasiłkowy;

3) nazwa i adres płatnika składek lub - w przypadku złożenia wniosku w formie dokumentu papierowego - pieczętka płatnika składek, jeżeli ją posiada;

4) data i podpis osoby upoważnionej do wypełnienia wniosku, numer telefonu oraz - w przypadku złożenia wniosku w formie dokumentu papierowego - pieczętka zawierająca imię, nazwisko i stanowisko, jeżeli ją posiada.

Zgodnie z treścią załącznika nr 5 do rozporządzenia powyżej, ubezpieczony winien być w posiadaniu wszystkich niezbędnych danych, które jako osoba wnioskująca miał wpisać we wniosku. Zgodnie z treścią załącznika w części wypełnianej przez wnioskodawcę należy wpisać:

1) dane ubezpieczonego – pierwsze imię, nazwisko, numer PESEL albo seria i numer paszportu i data urodzenia, jeżeli nie nadano numeru PESEL, oraz adres zamieszkania;

2) wskazanie przyczyny ubiegania się o świadczenie rehabilitacyjne, to jest: ogólny stan zdrowia, wypadek przy pracy albo choroba zawodowa;

3) informację, czy wnioskodawca wystąpił o ustalenie uprawnień lub ma ustalone prawo do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy lub renty z tytułu niezdolności do służby, wojskowej renty inwalidzkiej, nauczycielskiego, świadczenia kompensacyjnego, zagranicznej emerytury, zagranicznej renty z tytułu niezdolności do pracy, z podaniem organu rentowego i daty wystąpienia z wnioskiem lub daty, od której uprawnienia zostały ustalone;

4) informację, czy wnioskodawca jest uprawniony do zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku albo świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, z podaniem daty, od której uprawnienia zostały ustalone;

5) zobowiązanie do poinformowania podmiotu wypłacającego świadczenie rehabilitacyjne o wszelkich zmianach, w zakresie określonym w pkt 1, 3 i 4;

6) numer rachunku bankowego wnioskodawcy.

Są to więc dane i informacje podstawowe, dotyczące personaliów składającego i innych wiadomości bezpośrednio dotyczących tej osoby.

Podkreślenia wymaga, że nie można było przypisać cech adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy zaniechaniem przekazania wniosku przez ubezpieczonego w terminie, a przesłaniem mu przez płatnika składek dokumentacji od płatnika zależnej, w której błędnie oznaczone były okresy zasiłkowe w oparciu o stanowisko organu z 10 stycznia 2018 r. Błąd w dokumentacji zależnej od płatnika, nie eliminował możliwości złożenia wniosku, a organ prowadzący postępowanie rozpoznając go, spostrzegłby ten błąd i bacząc na toczące się następnie postępowanie z odwołania od decyzji z 26 czerwca 2018 r., bądź już na sam wniosek o korektę okresów o którą wnosił ubezpieczony, wstrzymałby się z wydaniem decyzji o prawie do świadczenia rehabilitacyjnego do czasu prawomocności wyroku, bądź też zweryfikował od razu okresy zasiłkowe. Ponadto, jeżeli ubezpieczony chciałby uzyskać korektę dokumentów to mógł to uczynić, skoro w dniu 27 sierpnia 2018 r. stawił się do zakładu pracy i został wpuszczony na teren zakładu celem odbioru dokumentów do lekarza medycyny pracy.

Wskazać także należy, że z przepisów nie wynika, aby był ustawowy obowiązek składania wniosku o świadczenie rehabilitacyjne w terminie 6 tygodni przed końcem okresu zasiłkowego. Termin wyżej wskazany w informacji we wniosku (k.64) jest terminem instrukcyjnym, którego celem jest zapewnienie uprawnionemu stałego źródła utrzymania i eliminację okresów bez uzyskiwania żadnych dochodów.

Ubezpieczony nie uzupełnił wniosku w części dotyczącej ubezpieczonego, nie przekazał wniosku do organu rentowego aż do marca 2022r.

Bezzasadny jest również ten zarzut stawiany organowi, z którego wynika, że organ z urzędu, po wyczerpaniu okresu zasiłkowego, w przypadku dalszej niezdolności do pracy, winien postawić ubezpieczonego przez lekarzem orzecznikiem lub komisją lekarską w celu ustalenia prawa do świadczenia. Owszem w art. 18 ust. 3 ustawy zasiłkowej wskazano, że o wystąpieniu okoliczności uprawniających do uzyskania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego orzeka lekarz orzecznik ZUS, jednak takie orzeczenie wydawane jest już w toku zainicjowanego przez uprawnionego postępowania o przyznanie prawa do świadczenia, a nie w toku postępowania o wydanie decyzji określającej okresy zasiłkowe. Wezwanie lekarza prowadzącego leczenie do udzielenia informacji o zdolności do pracy ubezpieczonego i na podstawie informacji od niego uzyskanej wskazanie w decyzji z dnia 26 czerwca 2018 r. niezdolności do pracy R. J. po 27 lutego 2018 r., nie uchybiło żadnym przepisom.

Reasumując powyższe rozważania wskazać należy, że zapatrywania ubezpieczonego co do terminu złożenia wniosku o świadczenie rehabilitacyjne były błędne. Ubezpieczony w nieuprawniony sposób, samoczynnie przyznał sobie uprawnienie do skorzystania z dobrodziejstwa art. 67 ust. 4 ustawy zasiłkowej, uważając, że skoro nie zalicza się do grona osób, które miały przeszkody w złożeniu wniosku, to może skorzystać z długiego 3 letniego terminu przedawnienia. Fakt niepozostawania w zatrudnieniu po uzyskaniu pewności prawnej o okresach zasiłkowych nie mogły wpłynąć na wynik postępowania. Zwłoka w złożeniu wniosku o świadczenie rehabilitacyjne była niezrozumiała i nieuzasadniona, wobec szeregu innych aktywności ubezpieczonego skierowanych przeciwko organowi i pracodawcy. Konsekwencją powyższego była ocena, iż doszło do przedawnienia roszczenia o wypłatę świadczenia.

Odwołanie podlegało oddaleniu zgodnie z art. 477¹⁴ §1 k.p.c.:

Sędzia Alina Kordus-Krajewska