

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z 15.02.2018r. Sąd Rejonowy dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi w sprawie X U 521/17 z odwołania A. K. (1), PS C. spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w C. przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych I Oddziałowi w Ł. o zasiłek chorobowy na skutek odwołania A. K. (1) oraz (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w C. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddziału w Ł. z 16.10.2015r., zmienionej decyzją z 20.12.2015r., w punkcie I sentencji zmienił zaskarżoną decyzję z 10.12.2015 r. w punkcie 2 w ten sposób, że odmówił A. K. (1) prawa do zasiłku chorobowego za okres od 17.03.2015r. do 1.04.2015r. i zobowiązał wnioskodawcę A. K. (1) do zwrotu Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych I Oddziałowi w Ł. kwoty 3825,64zł tytułem nienależnie pobranego zasiłku chorobowego za okres od 17.03.2015 r. do 31.03.2015 r., w punkcie II sentencji wyroku zmienił zaskarżoną decyzję w punkcie 4 w ten sposób, że zobowiązał wnioskodawcę A. K. (1) do zwrotu Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych I Oddziałowi w Ł. nienależnie pobranego zasiłku chorobowego za okres od 15.07.2014r. do 30.07.2014r. w kwocie 3068,88zł oraz od 1 do 16.03.2015r. w kwocie 4080,64zł, w punkcie III sentencji wyroku zmienił zaskarżoną decyzję w punkcie 4 i orzekł, że wnioskodawca A. K. (1) nie ma obowiązku zwrotu odsetek od nienależnie pobranego zasiłku chorobowego za okres do daty wydania decyzji oraz zasiłków chorobowych za okres od 17.02.2015r. do 28.02.2015r., w punkcie IV sentencji wyroku oddalił odwołania w pozostałej części, a w punkcie V sentencji wyroku zniósł wzajemnie pomiędzy stronami koszty procesu.

Sąd Rejonowy powyższe rozstrzygnięcie oparł na następującym stanie faktycznym:

A. K. (2) był zatrudniony w (...) spółce z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Ł. od 1.06.2013r. do 1.04.2015r. na stanowisku dyrektora generalnego.

Od 17.05.2014r. do 10.10.2014r. oraz ponownie od 13.10.2014r. do 10.04.2015r. wnioskodawca był niezdolny do pracy z powodu różnych schorzeń.

Pierwszy z w/w okresów wiąże się z urazem stawu biodrowego prawego w wyniku naciągnięcia, a drugi z powierzchownym urazem stawu ramiennego lewego, którego wnioskodawca doznał w dn. 13.10.2014r. Od 11.04.2015r. wnioskodawca odzyskał zdolność do pracy, a od 26.05.2015r. otrzymał zwolnienia lekarskie z powodu łagodnego epizodu depresyjnego.

W dn. 11-12.04.2014r. wnioskodawca teoretycznie odzyskał zdolność do pracy.

Wnioskodawca użytkował samochód służbowy z firmy (...) marki M. (...). W okresie zwolnienia lekarskiego korzystał z tego samochodu jako udziałowiec spółki. Posiadał służbową kartę płatniczą wydaną przez Bank (...).

W dn. 23, 26, 27.05.2014r. wnioskodawca dokonywał zakupu paliwa do samochodu służbowego, dwukrotnie w Z., raz w G.. Płacił służbową kartą płatniczą, bowiem umowa ze współnikiem przewidywała, że również za wyjazdy prywatne będzie mógł płacić kartą służbową.

W dn. 7.05.2014r. wnioskodawca udał się do W. do osoby, która „nastawia kręgosłupy” i przy okazji odwiedził mamę. W G. odwiedził znajomego.

W dn. 11-12.06.2014r. oraz 16.07.2014r. wnioskodawca wysłał maile dotyczące produkcji. Wnioskodawca zdecydował się na wysłanie maili, bowiem prowadził sprawę przed zwolnieniem lekarskim i do niego były wysyłane pytania związane z tą sprawą.

W dn. 19–26.07.2014r. wnioskodawca odbył rejs śródziemnomorski.

Od 18.02.2015r. wnioskodawca został powołany do zarządu spółki G. T. (...) i z tego tytułu otrzymywał rekompensatę w wysokości 5000zł miesięcznie. W tym samym dniu podpisał oświadczenie o niekaralności, a w dn. 5.03.2015r. dokument do KRS w sprawie zmiany nazwiska współnika.

Na podstawie uchwały z 5.02.2015r. nadzwyczajne zgromadzenie współników G. T. (...) postanowiło przyznać wynagrodzenie dla prezesa zarządu A. K. w kwocie 5000 zł. Wynagrodzenie to nie było związane ze stosunkiem pracy.

Wnioskodawca otrzymywał wynagrodzenie i zasiłki przelewem na rachunek bankowy prowadzony w P. Polskim (...) o numerze (...). Tytułem zasiłku chorobowego płatnik składek PS C. wypłacał wnioskodawcy następujące kwoty: za maj 2014r. - 8279,43zł netto (dwoma przelewami z 12.06.2014r. na 3000zł oraz z 17.06.2014r. na 5279,43 zł), za czerwiec 8055,40 zł (dwoma przelewami z 11.07.2014 r. na 2055,40zł oraz z 14.07.2014 r. na 6000 zł), za lipiec 2014 r. - 5324,88 zł przelewem z 11.08.2014 r., za sierpień 2014 r. - 6804,88 zł przelewem z 10.09.2014r., za wrzesień 2014r. - 6671,40 zł przelewem z 9.10.2014 r., za październik 2014r. - 5086,32zł przelewem z 13.11.2014r. Kolejny przelew został wykonany 13.03.2015r. na 7535,38zł, w którego tytule wskazano „wynagrodzenie” bez dopisku, za który miesiąc. Ostatni przelew miał miejsce 10.04.2015r. na 6650,29zł i dotyczył wynagrodzenia za marzec 2015r.

Płatnik składek w spornym okresie uiszczal za wnioskodawcę składkę na ubezpieczenie grupowe w (...) w kwotach po 50 zł miesięcznie.

Wnioskodawca zaliczył środki pieniężne przelane 13.03.2015r. na zaległe zasiłki chorobowe za okres od listopada 2014 r. do stycznia 2015 r.

Sąd Rejonowy wyjaśnił, że poza ustaleniem, że od wypłacanych wnioskodawcy zasiłków pracodawca pobierał 18% tytułem zaliczki na podatek dochodowy w oparciu o opinię biegłego sądowego L. S., pominął w pozostałym zakresie tę opinię, ponieważ do wyliczeń wzięto pod uwagę kwoty deklarowane przez pracodawcę, a nie faktycznie wypłacone ubezpieczonemu. Sąd I instancji argumentował, że wyliczona przez biegłego suma końcowa, tj. kwota 26819,84zł brutto tytułem zasiłków za okresy wymienione w decyzji, pokrywa się z wyliczeniem ZUS i nie była kwestionowana przez ubezpieczonego, akcentując, że chodziło jednak o wyliczenie zasiłków faktycznie pobranych (wypłaconych) a nie deklarowanych przez płatnika.

Sąd Rejonowy argumentował, że oddalił wnioski dowodowe płatnika składek zgłoszone w odwołaniu dotyczące deklaracji VAT spółki (...) na okoliczność wysokości obrotów tej spółki, ponieważ okoliczność ta nie może potwierdzać bądź zaprzeczać wykonywaniu przez wnioskodawcę osobiście pracy zarobkowej. Sąd I instancji podał, że oddaleniu podlegał również wniosek o przesłuchanie w charakterze świadka lekarza M. P. na okoliczność przyczyn niezdolności wnioskodawcy do pracy, gdyż okoliczności te zostały ustalone na podstawie opinii biegłego sądowego.

Swoje rozstrzygnięcie Sąd Rejonowy oparł na art. 17 ust. 1 ustawy z 25.06.1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz. U. z 2005 r., Nr 31, poz. 267 ze zm.). Sąd I instancji argumentował, że z dokonanych ustaleń wynika, że A. K. był niezdolny do pracy w okresach 17.05-10.10.2014 r. oraz ponownie z powodu innej choroby 13.10.2014r.-10.04.2015r., zaznaczając, że wobec odzyskanie zdolności do pracy w dn. 11-12.10.2014r. wnioskodawca nabył prawo do nowego okresu zasiłkowego od 13.10.2014 r.

Sąd Rejonowy uznał, że od 17 do 31.05.2014r. (2 zwolnienia) wnioskodawca wykorzystywał zwolnienia lekarskie niezgodnie z ich celem, gdyż odbywał wtedy długotrwałe podróże samochodowe, w przeciągu kilku dni 3-krotnie tankował samochód. Sąd I instancji zaakcentował, że nie potrzeba wiadomości specjalnych, aby stwierdzić, że osoba z urazem stawu biodrowego (i to poważnym, bo długotrwałe leczonym), powinna unikać tego rodzaju podróży, bowiem wiążą się one w przebywaniu w pozycji wymuszonej, co niekorzystnie wpływa na układ ruchu. Jednocześnie Sąd Rejonowy podkreślił, że odwiedzenie znajomego w G. nie było czynnością niezbędną i życiowo uzasadnioną. Podobnie Sąd Rejonowy ocenił wzięcie udziału w rejsie śródziemnomorskim od 19 do 26.07.2014r., argumentując, że przebywanie na jachcie wymaga dobrej sprawności motorycznej, gdyż podłoże nie jest stabilne, a w tym okresie wnioskodawca miał poważny uraz biodra. Sąd meriti zaakcentował, że wnioskodawca wykonywał pracę umysłową,

a pomimo tego lekarz uznał go za osobę niezdolną do jej wykonywania ze względu na stan narządu ruchu, wywodząc z powyższego, że tym bardziej przeciwwskazane było odbywanie długotrwałych podróży służbowych czy też rejsu morskiego. W ocenie Sądu Rejonowego zachowanie wnioskodawcy było albo wysoce lekkomyślne, albo też jego stan zdrowia był dobry (nie był niezdolny do pracy), a zwolnienia wystawiane bezpodstawnie, stwierdzając w konkluzji, że skoro brak jest dowodów dla przyjęcia tej drugiej możliwości, przeto uznać należało, że wnioskodawca wykorzystywał zwolnienie lekarskie niezgodnie z jego celem.

Sąd Rejonowy stwierdził, że za okresy 1-11.06.2014r. oraz 12-28.06.2014r. zasiłek podlega zwrotowi z uwagi na wykonywanie pracy zarobkowej w okresie zwolnienia lekarskiego, argumentując, że wnioskodawca wysłał 2 maile na produkcję 11 i 12.06.2014r.

Zdaniem Sądu I instancji w okresie 15-30.07.2014r. wnioskodawca utracił prawo do zasiłku, ponieważ wykonywał pracę zarobkową, gdyż w dn. 16.07.2014r. wysłał mail na produkcję oraz wykorzystywał zwolnienie lekarskie niezgodnie z jego celem, gdyż odbył rejs.

Według Sądu Rejonowego należało też pozbawić wnioskodawcę prawa do zasiłku chorobowego za okres po 18.02.2015r., gdyż od tej daty wnioskodawca wykonywał pracę zarobkową, za którą otrzymał wynagrodzenie. Swoją ocenę Sąd uzasadnił tym, że z podjęcia przez wnioskodawcę funkcji prezesa zarządu oraz otrzymywania wynagrodzenia 5000zł (zwanego przez wnioskodawcę ekwiwalentem) wypływa domniemanie wykonywania pracy zarobkowej. Sąd I instancji uznając za gołosłowne zeznania wnioskodawcy, że objęcie funkcji prezesa zarządu miało jedynie charakter formalny i wiązało się z udzieleniem pełnomocnictwa byłemu członkowi zarządu I. G. do zarządzania spółką, a otrzymany „ekwiwalent” miał stanowić rekompensatę za odpowiedzialność finansową, argumentował, że nie zostały one poparte żadnymi wnioskami dowodowymi, a nadto uznał, że są sprzeczne z art. 201 par. 1, 204 par. 2 k.s.h. i z doświadczeniem życiowym.

W konkluzji Sąd Rejonowy stwierdził, że wnioskodawca nabył prawo do nowego okresu zasiłkowego od 13.10.2014r., ponieważ po 2-dniowej przerwie stał się ponownie niezdolny do pracy z powodu choroby dotyczącej innego narządu, podkreślając, że wobec wykorzystywania zwolnienia lekarskiego niezgodnie z jego celem bądź w powodu wykonywania pracy zarobkowej w okresie orzeczonej niezdolności do pracy, utracił prawo do zasiłku za okresy wymienione w decyzji z 10.12.2016 r., a nadto za okres 17.03-1.04.2015r.

Następnie Sąd Rejonowy przywołał treść art. 66 ust. 2 i 3 w/w ustawy, wskazując, że przepis ten reguluje zasady egzekucji nienależnie pobranego świadczenia, i przytoczywszy treść art. 84 ust. 1, 2 i 3 ustawy z 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. Nr 137, poz. 887), wyjaśnił, że stanowi on materialnoprawną podstawę żądania zwrotu nienależnych świadczeń. Sąd I instancji argumentował, że wnioskodawca wprowadził w błąd organ rentowy ponieważ składał zwolnienia lekarskie i pobierał zasiłek chorobowy, podczas gdy wykonywał pracę, bądź wykorzystywał zwolnienie lekarskie niezgodnie z jego celem, mimo że w okresie orzeczonej niezdolności do pracy nie można wykonywać pracy zarobkowej, a zasiłek chorobowy ma być w tym przypadku surogatem utraconego zarobku wskutek niemożności wykonywania pracy.

Sąd Rejonowy wyjaśnił, że zaskarżona decyzja podlegała zmianie w zakresie wysokości kwot, do których zwrotu organ rentowy zobowiązał wnioskodawcę, ponieważ okazało się, że płatnik składek wykazywał w deklaracjach składanych do ZUS kwoty wyższe niż faktycznie wypłacone wnioskodawcy. Sąd I instancji stwierdził, że nie można zobowiązać wnioskodawcy do zwrotu tytułem zasiłków kwot zadeklarowanych przez płatnika składek, ale faktycznie nie wypłaconych na konto pracownika i w efekcie przyjął, że tytułem spornych zasiłków wnioskodawca otrzymał jedynie kwoty przelane przez pracodawcę na rachunek bankowy wnioskodawcy. Sąd Rejonowy podkreślił, że brak było dowodów, że wnioskodawca otrzymał od pracodawcy kwoty wykazywane w deklaracjach składanych do ZUS, czy też w zestawienie sporządzonym przez Biuro (...) a wnioskodawca negował, że otrzymał kwoty wyższe niż wynikające z przelewów na jego rachunek bankowy.

Sąd I instancji wyjaśnił, że wobec odmowy organu rentowego wyliczenia wysokości zasiłków faktycznie pobranych przez wnioskodawcę w kwotach brutto na podstawie udostępnionych przez bank operacji na koncie wnioskodawcy,

został na tę okoliczność dopuszczono dowód z opinii biegłego. Według Sądu Rejonowego pomimo tego, że biegły nieprawidłowo przyjął do wyliczeń kwoty pokrywane się z deklaracjami płatnika, zamiast kwoty faktycznie wypłacone, to jednak wskazany w opinii schemat wyliczenia okazał się wystarczający do dokonania samodzielnie przez Sąd własnych wyliczeń wysokości pobranych zasiłków, sprowadzających się do prostych operacji matematycznych (dodawanie, mnożenie i dzielenie). Sąd Rejonowy wyjaśnił, że w opinii biegły podał, że od zasiłków chorobowych pobiera się 18 % zaliczki na podatek dochodowy, wobec czego – według Sądu I instancji - należało do kwot wynikających z przelewów bankowych dodać kwoty po 50 zł. miesięcznie tytułem składki na ubezpieczenie grupowe pracownika, a następnie kwotę ubruttować poprzez powiększenie o 18%, i dalej uzyskaną sumę podzielić przez liczbę dni kalendarzowych w danym miesiącu a na końcu pomnożyć przez liczbę dni zakwestionowanego zwolnienia lekarskiego za dany miesiąc. W efekcie Sąd Rejonowy uznał, że brak było podstaw do przesłania ponownie akt biegłemu celem wydania opinii uzupełniającej stosownie do postanowienia dowodowego wydanego na ostatniej rozprawie.

Sąd I instancji wskazał, że zgodnie z art. 451 par. 1-3 k.c. wnioskodawca zaliczył środki pieniężne przelane 13.03.2015r. co do których pracodawca nie podał tytułu przelanej kwoty, na zaległe zasiłki chorobowe za okres od listopada 2014 r. do stycznia 2015r.

Sąd Rejonowy stwierdził, że odnośnie pobranego za okres 17.05-28.06.2014r. kwoty wskazane przez płatnika pokrywały się z kwotami faktycznie wypłaconymi wnioskodawcy.

Sąd I instancji wyjaśnił, że dokonał następujących wyliczeń: zasiłek faktycznie pobrany w okresie 15-30.07.2014r. to 3068,88zł brutto. Wnioskodawca otrzymał kwotę 5324,88zł, do której należało dodać 50zł składki na ubezpieczenie grupowe. Otrzymana kwota podlegała ubruttowaniu o 18% pobranej zaliczki na podatek, co dało 6342,35zł na cały miesiąc. Stawka dzienna wyniosła zatem 204,59zł i ulegała pomnożeniu przez 15 dni lipca 2014r. Zasiłek faktycznie pobrany w okresie 17.03-1.04.2015r. to 3825,64zł brutto. Wnioskodawca otrzymał za marzec 6650,29zł, do której to kwoty należy doliczyć 50zł składki na ubezpieczenie grupowe, co daje 6700,29 zł. Zaliczka na podatek wynosiła 18%, co daje 7906,34zł brutto. Za okres 17-31.03.2015r. (15 dni) zasiłek wynosił zatem 3825,64zł ((...),34: 31 dni = 255,04 x 15 dni = 3825,64 zł.) Za kwiecień 2015r. wnioskodawca nie otrzymał zasiłku. Analogicznie zasiłek pobrany za okres 1-16.03.2015r. wynosi 4080,64 zł (255,05 x 16 dni). W konkluzji Sąd Rejonowy stwierdził, że wnioskodawca nie zachowuje prawa do zasiłku chorobowego za okresy 17.05-28.06.2014r., 15-30.07.2014r., 17.02-16.03.2015r., a nadto 17.03-1.04.2015 r.

W efekcie tych rozważań Sąd I instancji przyjął, że A. K. powinien zwrócić organowi rentowemu tytułem zasiłku pobranego za okres 17.05-28.06.2014 r. kwotę 14167,64 zł brutto, której matematyczna wysokość nie była ostatecznie kwestionowana i została wyliczona jak w piśmie ZUS z 27.10.2017r., tytułem nienależnie pobranego zasiłku chorobowego za okres 15-30.07.2014 r. kwotę 3068,88 zł brutto, tytułem zasiłku pobranego nienależnie za okres 1-16.03.2015r. kwotę 4080,64 zł brutto, tytułem nienależnie pobranego zasiłku chorobowego za okres 17-31.03.2015r. kwotę 3825,64 zł brutto.

Sąd Rejonowy uznał też, że zaskarżona decyzja podlega także zmianie w zakresie żądania zwrotu odsetek. Powołując się na orzecznictwo sądów powszechnych i Sądu Najwyższego, Sąd I instancji argumentował, że zgodnie z art. 84 ust. 1 u.s.u.s. osoba, która pobrała nienależne świadczenie z ubezpieczeń społecznych, jest obowiązana do jego zwrotu, wraz z odsetkami, w wysokości i na zasadach określonych przepisami prawa cywilnego, zaznaczając, że odesłanie do "prawa cywilnego" dotyczy wyłącznie zasad zapłaty i wysokości odsetek, a nie zasad zwrotu nienależnego świadczenia, akcentując, że nie ma żadnych podstaw do stosowania przepisów prawa cywilnego (o bezpodstawnym wzbogaceniu lub czynnie niedozwolonym) do oceny wymagalności, czy przedawnienia samego nienależnie pobranego świadczenia. Sąd Rejonowy podkreślił, że zasady określające zwrot takiego świadczenia ze względu na upływ czasu (dawność, w tym znaczeniu potocznie przedawnienie) wskazane są w art. 138 ust. 4 i 5 u.e.r.f.u.s. (zasadniczo za okres nie dłuższy niż 3 lata od "żądania zwrotu", czyli wydania decyzji w tym przedmiocie). "Żądanie zwrotu" nienależnie pobranego świadczenia następuje przez doręczenie dotyczącej tego decyzji (można powiedzieć, że staje się wymagalne w tym momencie, a nie w czasie spełniania świadczeń). Z tą chwilą następuje też wymagalność (w prawnym znaczeniu

według prawa cywilnego - art. 359 §2 k.c.) roszczenia o odsetki, gdyż od tej chwili dłużnik pozostaje w opóźnieniu ze spełnieniem świadczenia głównego (art. 481 §1 k.c.). Z tą też chwilą rozpoczyna się bieg przedawnienia roszczenia o zapłatę odsetek (art.120 §1 k.c.). Sąd I instancji wskazał, że art. 84 ust. 1 u.s.u.s., a także przepis art. 138 ust. 1 u.e.r.f.u.s. nie określa, w jakim terminie nienależne świadczenie winno być zwrócone, a zatem dłużnik, według zasad prawa cywilnego, winien spełnić świadczenie niezwłocznie od doręczenia mu decyzji ustalającej obowiązek zwrotu świadczenia, jako nienależnie pobranego. W konkluzji do powyższych rozważań Sąd Rejonowy zmienił zaskarżoną decyzję i orzekł, że ubezpieczony nie ma obowiązku zwrotu organowi rentowemu ustawowych odsetek za okres do daty doręczenia zaskarżonej decyzji.

Z uwagi na powyższe Sąd Rejonowy orzekł, jak w sentencji wyroku, w oparciu o art. 477(14) par. 1 i 2 k.p.c.

Powyższy wyrok zaskarżył w części apelacją wnioskodawca A. K. (1), będąc reprezentowanym przez profesjonalnego pełnomocnika w osobie radcy prawnego, kwestionując rozstrzygnięcia w zakresie punktów I-IV sentencji wyroku.

A. zarzucił zaskarżonemu orzeczeniu naruszenie:

1. art. 233 k.p.c. poprzez przekroczeniu granic swobodnej oceny dowodów i dokonanie dowolnej oceny dowodów nacechowanej tendencyjnie na efekt fiskalny polegającej na:

- pominięciu całkowicie części dowodów zgłoszonych przez ubezpieczonego, w tym zeznań ubezpieczonego wyjaśniających przyczyny m.in. wyjazdów wykonywanych przez ubezpieczonego oraz ich celu jakim było szybsze odzyskanie zdrowia; podkreślaniu różnic między pełnieniem funkcji członka zarządu zgodnie z KSH przez ubezpieczonego a świadczeniem pracy zgodnie z KP;

-niedopuszczenie jako rzekomo nieprzydatnego do sprawy dowodu z przesłuchania świadków, w tym m.in. M. P., który był lekarzem prowadzącym, podczas gdy zeznania te mogły wskazać na zalecenia lekarza odnośnie sposobu powrotu o zdrowia; poddawania ubezpieczonego zabiegom rehabilitacji itp., wpływ zdrowia psychicznego na zdrowie fizyczne, które to zdarzenia miały przyspieszyć proces powrotu do zdrowia;

- na nieuzasadnionym przyjęciu, że wyjazd ubezpieczonego do G. oraz do W. stanowił niewłaściwe wykorzystywanie zwolnienia lekarskiego, podczas gdy wiązały się z procesem poprawy zdrowia z uwagi na zabiegi rehabilitacyjne, czy też zmianę klimatu na morski;

- na nieuzasadnionym przyjęciu, że ubezpieczony odbywał rejs jachtem, podczas gdy w rzeczywistości odbywał rejs pasażerskim okrętem pełnomorskim zaopatrzonym w gabinety masażu i rehabilitacyjne, które służyły poprawie zdrowia ubezpieczonego;

- na nieuzasadnionym przyjęciu, że wysłanie dwóch wiadomości e-mail z domu stanowi świadczenie pracy, a więc niewłaściwe wykorzystanie zwolnienia lekarskiego;

2. art. 233 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów i nielogicznego wnioskowania z uwagi na prawidłowe uznanie, że do zwrotu nadają się tylko faktyczne wypłacone ubezpieczonemu należności i w tym zakresie Sąd słusznie pomógł opinię biegłego, a jednocześnie z drugiej strony Sąd „ubruttował” świadczenie poprzez powiększenie go o podatek, a więc o należności faktycznie niewypłacone ubezpieczonemu;

3. art. 233 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów, a w konsekwencji błęd w ustaleniach faktycznych polegający na tym, że obowiązany do zwrotu świadczeń faktycznie jest ubezpieczony, podczas gdy wypłaty należności nie dokonywał ZUS tylko płatnik – PS C. Sp z o.o. a wypłacone kwoty pomniejszał z wpłacanymi składkami, a więc w ten sposób PS C. wypłacając rzekomo nienależne świadczenie nie miał możliwości dokonać potrącenia, a tym samym winien zwrócić składki do ZUS, a następnie ewentualnie dochodzić ich zwrotu od ubezpieczonego;

4. art. 17 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa – poprzez jego zastosowanie i uznanie, że zachowania ubezpieczonego wskazują na niewłaściwe wykorzystywanie zwolnienia lekarskiego;

5. art. 68 w/w ustawy poprzez jego nieuzasadnione zastosowanie.

W konkluzji do sformułowanych zarzutów apelant wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i poprzedzającej go decyzji organu rentowego, a w konsekwencji orzeczenie, jak w odwołaniu, ewentualnie zaś uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji, a nadto wniósł o zasądzenie od organu rentowego na rzecz ubezpieczonego zwrotu kosztów postępowania za obie instancje.

Przedmiotowy wyrok zaskarżył również w części apelacją organ rentowy, tj. w zakresie rozstrzygnięcia w punktach I ppkt 2 i pkt III sentencji wyroku, zarzucając naruszenie prawa procesowego, a mianowicie art. 233 k.p.c. poprzez wydanie wyroku bez wyjaśnienia wszystkich okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, albowiem:

1. w odniesieniu do skarżonego punktu III sentencji wyroku Sąd Rejonowy w pisemnych motywach swojego rozstrzygnięcia podał, że wnioskodawca nie zachowuje prawa do zasiłku chorobowego za okres 17.02-16.03.2015r., lecz nie wyjaśnił powodów dlaczego wnioskodawca nie ma obowiązku zwrotu zasiłku za ten okres, wywodząc z powyższego, że rozstrzygnięcie w tej części jest nieuzasadnione i nieprawidłowe;

2. w odniesieniu do sposobu wyliczenia kwot zasiłków chorobowych dokonanych przez Sąd Rejonowy skarżący zarzucił, że został on oparty na błędnych ustaleniach faktycznych oraz pozostaje w sprzeczności z przepisami ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, albowiem doliczając do kwot nienależnie pobranych zasiłków 50zł każdego miesiąca, a następnie otrzymaną kwotę ubruttawiając, Sąd I instancji nieprawidłowo pominął stanowisko organu rentowego i biegłego z zakresu rachunkowości, że kwota składki na ubezpieczenie grupowe w wysokości 50 zł miesięcznie obciąża wynagrodzenie pracownika i nie podlega ubruttowaniu. Jednocześnie ZUS zarzucił, że Sąd błędnie nie uwzględnił wyliczeń dokonanych przez biegłego ponieważ zostały oparte na kwotach deklarowanych przez pracodawcę, mimo że wyliczona przez biegłego suma końcowa nie była kwestionowana przez ubezpieczonego, akcentując, że kwoty wskazane przez pracodawcę i ujęte w opinii, znajdują potwierdzenie w dokonanych przelewach i podkreślając, że organ rentowy bezskutecznie szczegółowo sygnalizował w toku postępowania, że wyliczenia hipotetyczne jakich dokonania zażądał od niego Sąd I instancji są niewłaściwe i naruszają zasady ustalania podstawy wymiaru zasiłków. A. zarzucił, że Sąd Rejonowy bezkrytycznie uznał, że pracodawca nie wypłacił zasiłków chorobowych za sporne okresy opierając w tym zakresie wyłącznie na wyjaśnieniach wnioskodawcy, natomiast nie ustalił czego faktycznie miałyby dotyczyć dokonane przelewy, wywodząc z powyższego, że Sąd w postępowaniu odwoławczym nie rozstrzygnął istoty sprawy.

W konkluzji do tak sformułowanego zarzutu apelacyjnego ZUS wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie w tym zakresie odwołania od decyzji z 10.12.2015r., ewentualnie zaś o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie Sądowi Rejonowemu sprawy do ponownego rozpoznania.

Na rozprawie apelacyjnej w dn. 21.08.2018r. – bezpośrednio poprzedzającej wydanie wyroku w n/n sprawie – pełnomocnik wnioskodawcy poparł własną apelację i wniósł o oddalenie apelacji organu rentowego, a także o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego, natomiast pełnomocnik ZUS poparł własną apelację i wniósł o oddalenie apelacji wnioskodawcy /e-prot. z 21.08.2018r.: 00:01:13, 00:12:40/.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Przed przystąpieniem do oceny zasadności złożonych apelacji podnieść należy, że wyrok Sądu Rejonowego dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi z dnia 15 lutego 2018 r. podlega sprostowaniu. Sąd Rejonowy omyłkowo w wyroku zarówno w dacie rozpoznania sprawy, jak i dacie skarżonego orzeczenia wpisał „2017r”. zamiast prawidłowo „2018r”. Z uwagi na

powyższe na podstawie art. 350 §1 k.p.c. w zw. z art. 391 §1 k.p.c. sprostowano wyrok Sądu Rejonowego w zakresie, o którym mowa powyżej.

Obie apelacje są pozbawione uzasadnionych podstaw.

Zdaniem Sądu II instancji orzeczenie Sądu Rejonowego jest prawidłowe i znajduje oparcie zarówno w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym, jak i w obowiązujących przepisach prawa.

Sąd Okręgowy w pełni aprobuje ustalenia faktyczne Sądu I instancji i przyjmuje je jako własne, jednocześnie uznając, że nie ma wobec tego potrzeby powielania ich w tym miejscu. W sytuacji, gdy sąd odwoławczy orzeka na podstawie materiału zgromadzonego w postępowaniu w pierwszej instancji nie musi powtarzać dokonanych ustaleń, gdyż wystarczy stwierdzenie, że przyjmuje je za własne (por. orzeczenie SN z 10.11.1998r., III CKN 792/98, OSNC 1999/4/83). Ponadto Sąd II instancji w całości podziela wywody prawne zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, nie znajdując żadnych podstaw do jego zmiany.

Jako pierwsze ocenie instancyjnej zostaną poddane zarzuty z apelacji wnioskodawcy.

Odnosnie do zarzutu naruszenia art. 233 k.p.c. sformułowanego w punkcie 1 apelacji ubezpieczonego Sąd II instancji zważył, że okazał się on w całości chybnym.

Wstępnie przypomnieć należy, że w myśl art. 233 k.p.c. 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 zebraniem materiałem dowodowym. 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 ważąc ich moc oraz wiarygodność, odnosi je do pozostałego materiału dowodowego (wyrok SN z 10.06.1999 r., II UKN 685/98, OSNAPUiS 2000 /17/655). Sąd II instancji zważył też, że 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. Ereciński, J. Gudowski, M. Jędrzejewska, Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz, Część I, Wyd. LexisNexis, komentarz do art. 233 Lex-el.).

Lektura materiału aktowego i analiza pisemnych motywów skarżonego rozstrzygnięcia wskazuje jednoznacznie, że Sąd Rejonowy nie czynił żadnych własnych ustaleń, które byłyby sprzeczne z powołanymi w ich podstawie dowodami. Wskazać należy, że to właśnie w oparciu o zeznania wnioskodawcy Sąd I instancji poprawnie ustalił, że ubezpieczony użytkownik w trakcie zwolnienia lekarskiego samochód służbowy, dokonywał zakupu paliwa kartą służbową 23,26 i 27.05.2014r., a także, że 7.05.2014r. był on W. u osoby nastawiającej kregosłup i przy okazji odwiedził mamę, a w G. odwiedził znajomego, jak i to, że wnioskodawca w trakcie zwolnienia lekarskiego 11 i 12.06.2014r. oraz 16.07.2014r. wysłał e-maile dotyczące produkcji ponieważ w tej sprawie prowadził korespondencję przed zwolnieniem i do niego były wysłane pytania, a nadto, że w okresie 19-26.07.2014r. odbył on rejs śródziemnomorski. Co więcej,

okoliczności wskazane wyżej nie były sporne między stronami. Skarżący zdaje się natomiast nie dostrzegać, że czym innym jest natomiast kwestia prawidłowej subsumcji ustalonych poprawnie faktów pod właściwie interpretowane i zastosowane przepisy prawa materialnego, tj. w realiach niniejszej sprawy art. 17 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (dalej też ustawa zasiłkowa).

Sąd II instancji zważył też, że na rozprawie w 15.03.2016r. Sąd Rejonowy przesłuchał wnioskodawcę na okoliczność zakresu zadań jako członka zarządu, które następnie trafnie ocenił w świetle całokształtu zebranego materiału dowodowego, zachowując rygory przewidziane w art. 233 k.p.c. i według oceny Sądu Okręgowego wyciągnął na tej podstawie poprawne wnioski, że wobec uzyskania przez odwołującego wynagrodzenia w kwocie 5000 zł, objęcie przez niego funkcji prezesa zarządu nie było jedynie czynnością formalną, lecz świadczyło o tym, że wykonywał on pracę zarobkową, tym bardziej, że - jak słusznie zaakcentował Sąd I instancji w pisemnym uzasadnieniu skarżonego orzeczenia - zeznania A. K., co do charakteru tej działalności okazały się gołosłowne, bo nie poparte żadnymi dowodami i sprzeczne zarówno z doświadczeniem życiowym, jak i przepisami art. 201 par. 1 i 204 par. 2 k.s.h. Należy także podnieść, że spółka z oo, ani inny podmiot prawa handlowego, którym kieruje jednoosobowy zarząd, nie może prawidłowo funkcjonować w obrocie gospodarczym bez organu uprawnionego do zarządzania w okresach niezdolności do pracy wskutek choroby prezesa zarządu. W okresach udokumentowanej niezdolności do pracy wskutek choroby jednoosobowo zarządzający spółką prezes zarządu ma obowiązek powstrzymania się od wykonywania czynności zarządu pod rygorem utraty prawa do zasiłku chorobowego. /por. w tym zakresie wyrok SN z dnia 15.03.2018, I UK 49/17, LEX nr 2508654./ Skoro zaś wnioskodawca przyznał do tego wprost, że rzeszone e-maile dotyczyły produkcji i wysłał je w tej sprawie ponieważ przed zwolnieniem lekarskim prowadził korespondencję i to do niego właśnie były wysłane pytania w tej sprawie, przeto powyższe wyklucza możliwość uznania, że była to jedynie incydentalna aktywność wnioskodawcy. Podkreślić też należy, że była to aktywność zarobkowa odwołującego. Za przeważający w doktrynie i niekwestionowany w judykaturze uważa się pogląd, że zasadniczym celem zasiłku chorobowego jest kompensata utraconego przez ubezpieczonego dochodu wskutek wystąpienia u niego czasowej (przejściowej) niezdolności do zarobkowania własną pracą. Zasiłek chorobowy wypłacany jest nie obok, ale zamiast wynagrodzenia (ekwiwalentu za pracę osobiście wykonywaną na rzecz podmiotów trzecich). Przy interpretacji art. 17 ustawy zasiłkowej, należy także uwzględnić charakter prawa ubezpieczenia społecznego. Jest ono, na co wielokrotnie zwracano uwagę, prawem ścisłym. Zarówno warunki nabycia prawa do świadczeń, jak też wysokość tychże świadczeń i zasady ich wypłaty są sformalizowane. Zgodnie z utrwalonym już orzecnictwem sądów powszechnych pracą zarobkową jest każda aktywność ludzka zmierzająca do osiągnięcia zarobku. Takie znaczenie wyrażeniu praca zarobkowa nadaje się również w doktrynie. Rozumie się przez nią wszelką pracę zarobkową wykonywaną na każdej podstawie prawnej albo bez takiej podstawy, bez względu na wymiar czasu tej pracy. Ocena Sądu meriti jest w tym zakresie zatem bezbłędna, a argumentacja apelanta jedynie polemiczna.

W realiach badanej sprawy niewątpliwym jest też, że ocena stanu zdrowia wnioskodawcy w spornych okresach wymagała wiadomości specjalnych i musiała znaleźć oparcie (z uwagi na charakter schorzeń odwołującego, które stanowiły podstawę do wystawienia zwolnień lekarskich w badanych okresach pobierania zasiłku tj. naruszenia narządu ruchu) w dowodzie z opinii biegłego specjalisty ortopedii i chirurgii urazowej. Zgodnie bowiem z treścią art. 278 § 1 k.p.c. dopuszczenie dowodu z opinii biegłego następuje w wypadkach, gdy dla rozstrzygnięcia sprawy wymagane są wiadomości „specjalne”, czyli wiedza z różnych dziedzin nauki, w tym medycyny. Sąd II instancji badając zasadność przedmiotowego zarzutu apelacyjnego zważył także, że dowód z opinii biegłego z uwagi na wiadomości specjalne, jakie są przy nim wymagane, jest dowodem tego rodzaju, że nie może być zastąpiony inną czynnością dowodową, np. przesłuchaniem świadka, stąd też analizowany zarzut nie mógł odnieść zamierzonego skutku, gdyż Sąd pierwszej instancji wbrew wywodom skarżącej nie mógł ustalić stanu zdrowia na podstawie zeznań w charakterze świadka lekarza M. P. na okoliczność przyczyn niezdolności wnioskodawcy do pracy, i w efekcie słusznie oparł się w tym zakresie na opinii w/w biegłego. Mając zaś na uwadze argumentację wnioskodawcy zawartą w jego apelacji Sąd II instancji zważył też, że w/w wniosek dowodowy został zgłoszony w odwołaniu płatnika /k. 9/, który poza wniesieniem rzeszonego odwołania w późniejszym etapie postępowania aż do zamknięcia rozprawy w postępowaniu w pierwszej instancji nie tylko nie ponowił tego wniosku, ale zachował całkowicie bierną postawę w zakresie dowodzenia.

Analiza akt sprawy wskazuje równocześnie, że nie było w toku postępowania pierwszoinstancyjnego ze strony wnioskodawcy analogicznego wniosku dowodowego, ani też przejawu żadnej innej inicjatywy dowodowej by wykazać, że wykorzystał sporne zwolnienia zgodnie z ich przeznaczeniem, a w szczególności, że jego pobyt w G. i rejs śródziemnomorski wiązał się z jego rehabilitacją, wobec czego nie może on na etapie postępowania apelacyjnego skutecznie zarzucać Sądowi Rejonowemu, że ten nie przeprowadził właściwego postępowania dowodowego w sprawie w zakresie korzystnego wpływu na jego zdrowie wyjazdu do G. i rejsu śródziemnomorskiego, niezależnie od tego czy w tej ostatniej kwestii przyjęto by, tak jak Sąd meriti, że był to jacht, czy też jak twierdził skarżący w swojej apelacji pasażerski statek pełnomorski. Skarżący w ogóle nie podjął stosownej inicjatywy dowodowej by wykazać, że jego podróże miały na celu poprawę zdrowia i wiązały się z rehabilitacją na statku podczas rejsu, a poprzestał na własnych, nie popartych żadnymi innymi wiarygodnymi dowodami twierdzeniach o rzekomo korzystnych skutkach dla jego zdrowia tych podróży, które to twierdzenia pozostały aż do zakończenia postępowania przed Sądem Rejonowym gołosłowne. Wobec tego Sąd II instancji zważył, że zgodnie z art. 6 k.c., którego procesowym odpowiednikiem jest art. 232 zd. I k.p.c., to na stronie spoczywał ciężar udowodnienia wszystkich istotnych w sprawie okoliczności (art. 227 k.p.c.) i obowiązek przedstawienia wszystkich dowodów na ich wykazanie (art. 3 k.p.c.), jako na osobie wywodzącej z danego faktu skutki prawne (zob. wyrok SN z 17.12.1996r., I CKU 45/96 (opubl. OSNC z 1997r./6-7/76)). Są to naczelnne zasady postępowania dowodowego obciążające w postępowaniu sądowym stronę, która z danego faktu wywodzi dla siebie określone skutki prawne. Jeżeli w toku postępowania strona nie udowodni przytoczonych przez siebie twierdzeń, wówczas nie będą one mogły stanowić podstawy zapadłego rozstrzygnięcia Sądu. Wnioskodawca przed Sądem Rejonowym był reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika. Obecnie, przy rozpoznawaniu sprawy na podstawie przepisów kodeksu postępowania cywilnego, zmienionych ustawą z 1.03.1996r. o zmianie kodeksu postępowania cywilnego, rozporządzeń Prezydenta Rzeczypospolitej - Prawo upadłościowe i Prawo o postępowaniu układowym, kodeksu postępowania administracyjnego, ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 43, poz. 189), rzeczą sądu nie jest zarządzenie dochodzeń w celu uzupełnienia lub wyjaśnienia twierdzeń stron i wykrycia środków dowodowych pozwalających na ich udowodnienie ani też sąd nie jest zobowiązany do przeprowadzenia z urzędu dowodów zmierzających do wyjaśnienia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy (art. 232 k.p.c.). /por. wyrok SN z 23.07.2003r., II CK 320/01, LEX nr 1129330/, tym bardziej, jeśli strona ma zawodowego pełnomocnika.

Godzi się też zauważyć, że analizowany zarzut apelacyjny wnioskodawcy nie mógł odnieść zamierzonego skutku także z tej przyczyny, że obecny na rozprawie z 8.02.2018r. pełnomocnik odwołującego po oddaleniu wniosków dowodowych płatnika, w tym o przesłuchanie w charakterze świadka M. P., nie zgłosił wszak do protokołu żadnych zastrzeżeń w trybie art. 162 k.p.c. /k. 204, e-prot. z 8.02.2018r.: 00:46:22/ S., która zastrzeżenia nie zgłosiła, a tak bez wątplenia było w przypadku pełnomocnika wnioskodawcy, nie przysługuje prawo powoływania się na takie uchybienia w dalszym toku postępowania, chyba że chodzi o przepisy postępowania, których naruszenie sąd powinien wziąć pod rozwagę z urzędu, albo że strona uprawdopodobni, że nie zgłosiła zastrzeżeń bez swojej winy. Żaden z w/w wyjątków nie miał miejsca w realiach badanej sprawy apelacyjnej. W literaturze przyjmuje się, że celem art. 162 k.p.c. jest pobudzenie inicjatywy stron w doprowadzeniu do szybkiego usunięcia dostrzeżonych przez nie naruszeń przepisów postępowania i umożliwienie sądowi niezwłocznego naprawienia błędu. W ten sposób dochodzi także do przyspieszenia i usprawnienia postępowania. Niewpisanie zastrzeżenia do protokołu powoduje utratę podnoszonych zarzutów, wobec czego obecnie Sąd II instancji z tej przyczyny jest zwolniony z rozpoznania merytorycznego omawianego zarzutu apelacyjnego.

Mając na uwadze powyższe Sąd II instancji uznał, że Sąd Rejonowy poprawnie przeprowadził postępowanie dowodowe, prawidłowo ocenił cały zgromadzony materiał dowodowy i w efekcie bezbłędnie ustalił fakty w zakresie niezbędnym do rozstrzygnięcia niniejszej sprawy. Ustalone okoliczności Sąd Rejonowy następnie prawidłowo ocenił na podstawie właściwych przepisów prawa materialnego, dokonując ich poprawnej subsumpcji pod dyspozycję art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej, zgodnie z którym ubezpieczony wykonujący w okresie orzeczonej niezdolności do pracy pracę zarobkową lub wykorzystujący zwolnienie od pracy w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia traci prawo do zasiłku chorobowego za cały okres tego zwolnienia. Rozważania Sądu I instancji w zakresie obowiązku zwrotu pobranego zasiłku chorobowego z uwagi na wykonywanie pracy zarobkowej w charakterze prezesa zarządu spółki w

okresie zwolnienia lekarskiego oraz wykorzystywania zwolnienia od pracy w sposób niezgodny z jego celem tj. na podróże, Sąd Okręgowy przyjmuje w całości za własne, uznając, że nie ma potrzeby ich powielania. Zarzut apelacyjny w zakresie naruszenie prawa materialnego tj. art. 17 ustawy zasiłkowej okazały się zatem całkowicie niezasadne.

Zupełnie niezrozumiałym jest zarzut naruszenia art. 68 ustawy zasiłkowej, na poparcie którego zresztą wnioskodawca w swojej apelacji nie przedstawił żadnego uzasadnienia. W tym miejscu należy przypomnieć, że art. 68 ust 1 tej ustawy przewiduje, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz płatnicy składek, o których mowa w art. 61 ust. 1 pkt 1, są uprawnieni do kontrolowania ubezpieczonych co do prawidłowości wykorzystywania zwolnień od pracy zgodnie z ich celem oraz są upoważnieni do formalnej kontroli zaświadczeń lekarskich. Skoro zaś wnioskodawca w badanych okresach zwolnień lekarskich wykazywał aktywność czy to w postaci pełnienia wykonywania w celach zarobkowych funkcji prezesa zarządu spółki, a także poprzez wysyłanie maili dotyczących produkcji, czemu zresztą wnioskodawca nie negował, czy to poprzez podróżowanie i uczestniczenie w rejsie śródziemnomorskim w terminach ustalonych przez Sąd Rejonowy, czemu odwołujący także nie zaprzeczał, przeto kontrola organu rentowego i płatnika były tym bardziej usprawiedliwione okolicznościami sprawy. W efekcie Sąd II instancji uznał, że zarzut naruszenia art. 68 ustawy zasiłkowej jest pozbawiony uzasadnionych podstaw.

Sąd II instancji uznał też za całkowicie chybione kolejne zarzuty apelacyjne wnioskodawcy dotyczące naruszenia art. 233 k.p.c. którego apelant upatrywał zarówno w tym, że według odwołującego Sąd Rejonowy błędnie „ubruttowił” świadczenie podlegające zwrotowi poprzez powiększenie go o podatek dochodowy 18%, a więc o należności faktycznie niewypłacone ubezpieczonemu, jak i w tym, że tak określona wysokość świadczenia podlegającego zwrotowi powinna być żądana od płatnika a nie wnioskodawcy.

Analizując w tym zakresie apelację odwołującego w pierwszej kolejności Sąd Okręgowy zważył, że materialną podstawą żądania zwrotu bezpośrednio od pracownika już wypłaconych zasiłków chorobowych przez ZUS, jako konsekwencję stwierdzenia przez organ rentowy lub płatnika, że chory w okresie zwolnienia wykonuje pracę zarobkową lub wykorzystuje zwolnienie w sposób niezgodny z jego celem (np. pojechał na wycieczkę do G. i w rejs śródziemnomorski, tak jak to miało miejsce w realiach niniejszej sprawy), jako nienależnych świadczeń jest art. 84 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Mając na uwadze argumentację wnioskodawcy w jego apelacji należy wskazać, że tylko w sytuacji, gdy pobranie nienależnych świadczeń zostało spowodowane przekazaniem nieprawdziwych danych przez płatnika, obowiązek zwrotu na podstawie art. 84 ust. 6 ustawy systemowej, obciąża właśnie jego. Taka sytuacja jednak bez wątpienia w badanej sprawie nie miała miejsca, wobec czego – wbrew wywodom apelującego wnioskodawcy - nie ma podstaw do żądania zwrotu świadczeń od płatnika. Powyższe czyni w tym zakresie analizowany zarzut bezzasadnym.

Sąd II instancji odnosząc się natomiast do kwestii samego ubruttowienia zasądzonych do zwrotu kwot nienależnie pobranych zasiłków chorobowych, zważył, że wypłacane czy to przez płatnika, czy to przez ZUS zasiłki chorobowe podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych. Nie ma przy tym żadnych wątpliwości, że zgodnie z art. 34 ust. 1 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych organy rentowe są obowiązane jako płatnicy pobierać zaliczki miesięczne od wypłacanych świadczeń. Sąd Okręgowy miał też na uwadze, że charakter tej zaliczki był przedmiotem badania Sądu Najwyższego, który w wyroku z 8.04.2004r., II UK 305/03 (Legalis Numer 65932), dokonał interpretacji przepisów obowiązujących w tej kwestii i uznał, że zaliczka ta jest częścią dochodu osoby pobierającej świadczenia pieniężne z ubezpieczenia, z tą różnicą, że nie można nią swobodnie dysponować, bo przeznaczona jest wyłącznie na pokrycie zobowiązań podatkowych. Powyższe oznacza, że jest to uzyskana przez tę osobę korzyść - a zatem Sąd Rejonowy prawidłowo przyjął, że nienależnie pobrane świadczenie powinno podlegać zwrotowi w kwocie brutto, obejmując kwotę świadczenia faktycznie wypłaconego zwiększoną o kwotę podatku dochodowego od osób fizycznych odprowadzaną przez organ rentowy. Nie ma podstaw dla żądania jedynie kwoty netto, skoro osobie uprawnionej przysługiwało świadczenie w kwocie brutto, a organ realizując ustawowy obowiązek, pobrał zaliczkę na podatek dochodowy. Pogląd powyższy Sąd II instancji w całości akceptuje traktując jako własny, uznając stanowisko apelującego wnioskodawcy za chybione.

Trzeba też wyraźnie zaznaczyć, że oprowadzony przez organ rentowy podatek jest należnością przysługującą organowi podatkowemu od osoby fizycznej pobierającej świadczenie emerytalno-rentowe. Wypłacenie świadczenia zasiłkowe powoduje, że fundusz ubezpieczeń społecznych zmniejsza się o łączną kwotę świadczenia wypłaconego osobie uprawnionej oraz podatku należnego od tej samej osoby (por. uchwałę SN z 26.04.1994r., II UZP 9/94, OSNP 1994/3/45), wobec czego nienależnie pobrane świadczenie podlegające zwrotowi obejmuje kwotę „brutto”, czyli kwotę świadczenia faktycznie wypłaconego osobie pobierającej świadczenie, zwiększoną o kwotę podatku dochodowego od osób fizycznych odprowadzoną przez organ rentowy na rzecz organu podatkowego oraz o składkę na ubezpieczenie zdrowotne, jeżeli została potrącona (tak SN w wyroku z 17.04.2009r., I UK 333/08, OSNP 2010/23-23/292). Mając na uwadze argumentację odwołującego w jego apelacji sprowadzającej się do twierdzenia, że będzie musiał zwrócić więcej niż faktycznie otrzymał, Sąd II instancji zważył, że w takim przypadku kwota podatku odprowadzonego od nienależnego świadczenia staje się podatkiem nadpłaconym, o którym mowa w prawie podatkowym. A. w takiej sytuacji z ewentualnym żądaniem zwrotu podatku powinien więc wystąpić do Urzędu Skarbowego celem odzyskania z tego tytułu spornej kwoty podatku, zatem nie zasługuje na aprobatę argumentacja wnioskodawcy, że zasądzony zwrot powinien dotyczyć kwot netto wypłaconych zasiłków.

Reasumując – ubruttowienie przez Sąd I instancji kwoty, którą w realiach n/n sprawy powinien zwrócić wnioskodawca, jako nienależne świadczenie do ZUS było dokonane przez Sąd meritiu prawidłowo i w świetle stawianych przez wnioskodawcę w jego apelacji zarzutów nie jest obarczone żadnym błędem ani natury matematycznej, ani też prawnej.

W tej sytuacji apelacja wnioskodawca okazała się w całości bezzasadna, wobec czego podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c., o czym orzeczono jak w punkcie 2 sentencji wyroku.

Przechodząc do rozważań dotyczących apelacji ZUS, należy wskazać, że Sąd Rejonowy w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku przedstawił swoje stanowisko w przedmiocie obowiązku uiszczania odsetek od nienależnie pobranego świadczenia – zasiłku chorobowego i okresu, za który mogą być żądane odsetki. Sąd I instancji stanął na stanowisku, że ZUS nie może żądać odsetek za okres poprzedzający datę wydania decyzji o zwrocie nienależnie pobranego świadczenia. Sąd Rejonowy powołał się w tym zakresie na poglądy Sądu Najwyższego zawarte w wyrokach z 3.02.2010r., I UK 210/09 (LEX nr 585713) i z 18.12.2008r., I UK 154/08 ((...)). Także Sąd II instancji w/w wyrok aprobuje w całości i podziela w całości zawartą w nim argumentację prawną, uznając jednocześnie, że zbędnym jest ich powielanie w tym miejscu w całości. Wskazać jedynie należy, że Sąd Najwyższy w w/w wyroku 3.02.2010r., I UK 210/09 podniósł, że świadczenia z ubezpieczeń społecznych są przyznawane w drodze decyzji administracyjnych i na podstawie decyzji administracyjnych są wypłacane, wobec czego nie można utrzymywać, że świadczenia wypłacone na podstawie pozostającej w obrocie prawnym decyzji administracyjnej jako nienależne podlegały zwrotowi w dacie wypłaty, choćby przesłanki przyznania świadczenia w rzeczywistości nie istniały lub odpadły. Świadczenia w myśl art. 84 ustawy systemowej i art. 138 ustawy o emeryturach i rentach uważane za nienależne podlegają zwrotowi dopiero wtedy, gdy organ rentowy wyda stosowną decyzję administracyjną. „Żądanie zwrotu” nienależnie pobranego świadczenia następuje przez doręczenie dotyczącej tego decyzji i z tą chwilą następuje też wymagalność roszczenia o odsetki, gdyż od tej chwili dłużnik pozostaje w opóźnieniu ze spełnieniem świadczenia głównego. Tym samym trafnie Sądem Rejonowym przyjęła w zakresie żądania odsetek od podlegającego zwrotowi zasiłku chorobowego organ rentowy zastosował wadliwy sposób ich naliczania tj. od chwili wypłaty świadczeń nienależnych., co czyni apelację ZUS w tym zakresie chybioną.

Nie zasługuje też aprobatę argumentacja ZUS w przedmiocie zarzutu wadliwego uznania przez Sąd Rejonowy, że wnioskodawca nie ma obowiązku zwrotu zasiłku za okres 17.02-15.03.2015r. W pierwszej kolejności Sąd II instancji zważył, że wbrew wywodom organu rentowego na uzasadnienie tego zarzutu apelacyjnego Sąd I instancji w sposób należyty w rozważaniach prawnych na stronie 7 pisemnych motywów swojego rozstrzygnięcia wyjaśnił powody leżące u podstaw skarżonego orzeczenia. Trafnie Sąd Rejonowy zaakcentował, że powyższe jest konsekwencją tego, że płatnik składek wykazywał w deklaracjach składanych do ZUS kwoty wyższe niż faktycznie wypłacone wnioskodawcy, którego nie można zobowiązać do zwrotu tytułem zasiłków kwot jedynie zadeklarowanych przez płatnika składek,

ale faktycznie nie wypłaconych na konto pracownika. Analiza złożonych dokumentów do akt sprawy, z których wynika kiedy i jakiej kwocie faktycznie płatnik dokonał również zdaniem Sąd II instancji prowadzi do wniosku, że tytułem spornych zasiłków wnioskodawca otrzymał jedynie kwoty przelane przez pracodawcę na rachunek bankowy wnioskodawcy. Sąd II instancji po przeprowadzeniu samodzielnej analizy dokumentacji obrazującej w spornym okresie dokonane przelewy przez płatnika na konto wnioskodawcy zalegającej w aktach sprawy, doszedł do tożsamyh wniosków co Sąd meriti, a mianowicie, że płatnik zalegał z wypłatą zasiłków chorobowych za okres od listopada 2014r. do stycznia 2015r., natomiast 13.03.2015r. płatnik przelał środki na konto wnioskodawcy jednakże nie wskazał z jakiego tytułu był to przelew /k. 132, k. 155-157/. Jak przy tym słusznie wskazał Sąd Rejonowy brak było dowodów na okoliczność, że wnioskodawca otrzymał od pracodawcy kwoty wykazywane w deklaracjach składanych do ZUS, czy też w zestawienie sporządzonym przez Biuro (...) (zaświadczenie z dnia 12 czerwca 2017, k. 132), a wnioskodawca zaprzeczył, jakoby otrzymał kwoty wyższe niż wynikające z przelewów na jego rachunek bankowy. W tym stanie rzeczy Sąd I instancji wyciągnął jedyny możliwy logiczny wniosek, a mianowicie, że brak jest dowodów na okoliczności przeciwnie. Mając na uwadze powyższe w ocenie Sądu Okręgowego należy uznać, że Sąd I instancji prawidłowo przyjął, że skarżący mógł zaliczyć te środki na poczet najstarszego wymagalnego świadczenia zgodnie z art. 451 § 3 k.c., który stanowi, że w braku oświadczenia dłużnika lub wierzyciela spełnione świadczenie zalicza się przede wszystkim na poczet długu wymagalnego, a jeżeli jest kilka długów wymagalnych - na poczet najdawniej wymagalnego.

Podsumowując - skoro ze złożonych dokumentów obrazujących wykonane przez płatnika przelewy na konto wnioskodawcy wynika, że płatnik nie wypłacił odwołującemu zasiłków od listopada 2014r. do stycznia 2015r., a jednocześnie nie może być żadnych wątpliwości, że wnioskodawca powinien zwrócić jedynie rzeczywiście wypłacone mu nienależne zasiłki, przeto w sytuacji, gdy w świetle całokształtu zebranego materiału dowodowego nie ma dowodu, że wnioskodawcy wypłacono w okresie od 17.02.2015r. do 15.03.2015r. rzeczony świadczenie z ubezpieczenia chorobowego, a przelew (...)03.2015r. przez płatnika na konto wnioskodawcy nastąpił bez wskazania jego tytułu, prawidłowo Sąd Rejonowy stwierdził, że wnioskodawca skutecznie skorzystał z przysługującego mu z mocy art. 451 § 3 k.c. uprawnienia i zaliczył przelaną 13.03.2015r. na najstarszy dług płatnika. Apelacja ZUS skierowana wobec rozstrzygnięcia Sądu Rejonowego w analizowanym zakresie okazała się tym samym bezzasadna.

Również dokonując wyliczenia nienależnie pobranych zasiłków chorobowych wbrew zarzutom apelacyjnym ZUS Sąd Rejonowy nie popełnił błędu doliczając kwotę 50 zł tytułem składki na ubezpieczenie grupowe pracownika a następnie otrzymaną kwotę ubruktowiając. Sąd II instancji zważył, że grupowe ubezpieczenie pracownicze zawierane jest przez pracodawcę celem ochrony życia i zdrowia pracowników, jako jedna z form pozapłacowego systemu motywowania pracowników. Składki za grupowe ubezpieczenie na życie przekazywane są przez pracodawcę, przy czym ubezpieczenie może być finansowane zarówno przez pracodawcę, jak i przez pracownika, a możliwe są trzy warianty: 1) składki są finansowane w całości przez pracodawcę i w takim przypadku, składka ubezpieczeniowa finansowana przez pracodawcę podlega opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych, a wysokość tej składki stanowi również podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne oraz ubezpieczenie zdrowotne, 2) składki są finansowane w całości przez pracownika, wtedy składka za ubezpieczenie potrącana jest co miesiąc z wynagrodzenia pracownika w wysokości odpowiadającej wybranemu pakietowi ubezpieczenia, 3) składki są finansowane w części przez pracodawcę oraz w części przez pracownika, wtedy część ubezpieczenia finansowana przez zakład pracy rozliczana jest na zasadach przedstawionych w pkt 1, a pozostała część składki jest potrącana z wynagrodzenia pracownika. W świetle przepisów podatkowych powstanie po stronie pracownika przychodu ze stosunku pracy w związku z opłaceniem przez pracodawcę składek na grupowe ubezpieczenie uzależnione jest od tego, kto jest uprawniony do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego z tego tytułu. Jeżeli w świetle przepisów podatkowych uprawnionym do otrzymania ewentualnego odszkodowania jest pracownik, to składka na ubezpieczenie grupowe finansowana przez pracodawcę stanowi przychód pracownika podlegający opodatkowaniu. Składkę zalicza się w takim przypadku do przychodów z tytułu nieodpłatnych świadczeń, o których mowa w art. 12 ust. 1 u.p.d.o.f. Z kolei, gdy uprawnionym do otrzymania świadczeń wynikających z zawartej umowy ubezpieczenia jest pracodawca, to opłacane przez zakład pracy składki na ubezpieczenie grupowe nie będą stanowiły dla pracownika przychodu ze stosunku pracy i w związku z tym nie będą podlegały opodatkowaniu podatkiem dochodowym. Wartość przekazywanej przez pracodawcę składki na ubezpieczenie grupowe, stanowiącą przychód pracownika, dolicza się

do wynagrodzenia uzyskanego przez pracownika za konkretny miesiąc i od łącznej kwoty przychodu uzyskanego w danym miesiącu oblicza się i pobiera zaliczkę na podatek dochodowy oraz składki na ubezpieczenia społeczne i składkę zdrowotną. Z opinii biegłego z zakresu rachunkowości w części opisującej charakterystykę sprawy k. 181, a nadto zestawienia k. 132, z zestawienia k. 145, z postanowienia Sądu wydanego na rozprawie 3.08.2017r. /e-prot. 00:12:07/, z wyciągów bankowych 155-157 wynika, że płatnik składek wypłacał wnioskodawcy przelewem zasiłki chorobowe na rachunek bankowy powiększając wypłaconą kwotę o opłaconą przez płatnika za wnioskodawcę kwotę 50 zł miesięcznie składek na grupowe ubezpieczenie pracownicze /k. 181/. Podkreślić należy, że ZUS nie kwestionował ustaleń Sądu Rejonowego, że to płatnik składek w spornym okresie uiszczał za wnioskodawcę składkę na ubezpieczenie grupowe w (...) w kwotach po 50 zł miesięcznie. Mając na uwadze powyższe Sąd II instancji zważył, że Sąd Rejonowy - wbrew wywodom apelacyjnym ZUS - nie popełnił zatem żadnego błędu doliczając przelane przez płatnika na konto odwołującego 50 zł miesięcznie tytułem składki na ubezpieczenie grupowe pracowników do wynagrodzenia wnioskodawcy, a następnie tak otrzymaną kwotę powiększając o kwotę podatku 18% tj. ubruttawiając, co czyni apelację ZUS i w tym zakresie chybioną.

Wobec braku uzasadnionych podstaw apelacji organu rentowego, podlegała ona oddaleniu w całości o czym orzeczono jak w punkcie 2 sentencji wyroku.

W punkcie trzecim Sąd Okręgowy zasądził na podstawie art. 98 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. w zw. z § 9 ust. 2 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 22.10.2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (t.j. Dz. U. 2018 r., poz. 265 ze zm.), od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. na rzecz A. K. (1) 120 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego za II instancję w związku z oddaleniem apelacji organu rentowego.