

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 1 grudnia 2022 roku wydanym w sprawie o sygn. akt X U 271/22 z wniosku B. O. (1) przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych I Oddziałowi w Ł. o zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, zwrot nienależnie pobranego zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego, w związku z odwołaniem od decyzji z dnia 21 lutego 2022 roku (nr sprawy (...)), Sąd Rejonowy dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi, X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w punkcie 1 sentencji wyroku zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że zwolnił B. O. (2) z obowiązku zwrotu pobranego zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego oraz z zapłaty odsetek w łącznej kwocie 4.692,0 zł oraz w punkcie 2 sentencji wyroku oddalił odwołanie w pozostałym zakresie.

Przedmiotowe orzeczenie Sąd Rejonowy oparł na następujących ustaleniach faktycznych oraz rozważaniach prawnych:

B. O. (1) podlega obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej.

Decyzją z dnia 19 maja 2020 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. stwierdził, iż wnioskodawczyni podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 31 października 2015 roku do dnia 30 listopada 2019 roku oraz od dnia 1 stycznia 2020 roku, natomiast nie podlegała ona dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 1 grudnia 2019 roku do dnia 31 grudnia 2019 roku.

W uzasadnieniu wskazano, że B. O. (1), wnioskiem z dnia 29 lutego 2020 roku, wystąpiła o wydanie decyzji o okresach podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. Organ rentowy wskazał, iż z dokumentów zaewidencjonowanych w systemie informatycznym ZUS wynika, że składki na ubezpieczenia społeczne, w tym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za lipiec 2014 roku, październik i listopad 2015 roku, kwiecień 2017 roku oraz grudzień 2019 roku, wnioskodawczyni opłaciła po terminie, co spowodowało ustanie w tych miesiącach dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Organ rentowy wskazał ponadto, że odwołująca się składała kolejne wnioski o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie. Zakład Ubezpieczeń Społecznych wyraził zgodę na opłacenie po terminie składek za lipiec 2014 roku, październik i listopad 2015 roku oraz kwiecień 2017 roku. Organ rentowy nie wyraził natomiast zgody na opłacenie po terminie składki za grudzień 2019 roku z uwagi na fakt, że wskazany przez ubezpieczoną powód niedotrzymania terminu, w ocenie organu rentowego, nie miał charakteru wyjątkowego. Wobec tego, że od 1 stycznia 2020 roku ubezpieczona rozlicza i opłaca składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w wysokości wynikającej ze złożonych dokumentów rozliczeniowych i w obowiązującym terminie płatności, została ona objęta tym ubezpieczeniem od dnia 1 stycznia 2020 roku.

Odwołanie B. O. (1) od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddziału w Ł. z dnia 22 czerwca 2020 roku zostało oddalone wyrokiem Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 18 lutego 2021 roku, sygn. akt VIII U 1620/20.

W ocenie Sądu Okręgowego rozstrzygnięcie organu rentowego w przedmiocie odmowy przywrócenia terminu do opłacenia składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za grudzień 2019 roku było prawidłowe. Sąd Okręgowy zwrócił przy tym uwagę, że ubezpieczona jest przedsiębiorcą i w związku z tym należy od niej oczekiwać profesjonalizmu i inicjatywy w zakresie rozeznania w obowiązkach dotyczących podejmowania działalności oraz – w związku z zamiarem podlegania ubezpieczeniu chorobowemu – konsekwencji w opłatach składek za to ubezpieczenie. Ponadto w uzasadnieniu wyroku zwrócono uwagę na to, że organ rentowy już wcześniej kilkakrotnie przywracał skarżącej termin do opłacenia składki. Tym samym, w ocenie Sądu Okręgowego, odmowa przywrócenia terminu do opłacenia składki na ubezpieczenie chorobowe za grudzień 2019 roku została oparta na sprawiedliwych kryteriach. Podkreślono także, że skarżąca nie może w tym zakresie powoływać się na błąd biura rachunkowego. Mając na uwadze wskazane powyżej okoliczności, Sąd Okręgowy uznał, że skoro składka za sporny miesiąc grudzień 2019 roku nie została opłacona w należnej wysokości i nie został przywrócony termin do jej opłacenia, wnioskodawczyni nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu we wskazanym powyżej miesiącu.

Na skutek apelacji wnioskodawczyni z dnia 25 marca 2021 roku Sąd Apelacyjny w Łodzi wyrokiem z dnia 19 listopada 2021 roku, sygn. akt III AUa 520/21, zmienił zaskarżony wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi oraz w części zaskarżonej poprzedzającą go decyzję organu rentowego i ustalił, że B. O. (1) podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od dnia 1 grudnia 2019 roku do dnia 31 grudnia 2019 roku jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą.

W treści uzasadnienia Sąd Apelacyjny wskazał, że Sąd Okręgowy nazbyt rygorystycznie ocenił stan faktyczny w przedmiotowej sprawie. Jak podkreślono, B. O. (1) jest długoletnim płatnikiem składek na ubezpieczenie społeczne, do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego zgłosiła się od 3 listopada 2003 roku. Dwukrotnie występowała z wnioskiem o wyrażenie zgody na opłacenie składek na ubezpieczenie chorobowe po terminie, zaś poza tymi dwoma przypadkami składka opłacała terminowo, aż do stycznia 2020 roku, kiedy to nie opłaciła pełnej składki za grudzień 2019 roku. Stało się to na skutek błędu biura rachunkowego. Sąd Apelacyjny podkreślił, że nie ma wątpliwości, iż skarżąca ponosi odpowiedzialność za błędy biura, z którego korzystała rozliczając składki. Wskazał jednak również, że mając na uwadze wszystkie okoliczności sprawy należy dojść do wniosku, że B. O. (1) jest płatnikiem uczciwym, długoletnim, który zaniżył składkę z powodu błędu biura rachunkowego, a nie z powodu celowego działania własnego. Składka po wykryciu błędu niezwłocznie została uzupełniona. Sąd Apelacyjny zwrócił również uwagę na to, iż art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych nie wymaga, aby dany przypadek był wyjątkowy i szczególnie uzasadniony, jak przyjął to organ rentowy. Z kolei przez przypadek uzasadniony, rozumieć należy taki, który obiektywnie usprawiedliwia i tłumaczy, dlaczego składka nie została należycie opłacona. Zdaniem Sądu Apelacyjnego B. O. (1) przekonująco usprawiedliwiła swe uchybienie, podnosząc, że sytuacja ta wystąpiła w okresie choroby, która istotnie utrudniała prowadzenie własnych spraw, w tym kontrolę prawidłowości działań biura rachunkowego. Jest to powód obiektywny. Sąd Apelacyjny wskazał również, że należy odróżnić sytuację, w której składka została opłacona w terminie, lecz w zaniżonej wysokości od tej, w której składki w ogóle nie zapłacono. W ocenie Sądu Apelacyjnego ogół okoliczności sprawy wskazywał bowiem na to, iż B. O. (1) wyraziła jasny zamiar kontynuowania ubezpieczenia chorobowego przez opłacenie składki za grudzień 2019 roku w przepisany terminie, lecz z błędem przy obliczeniu należnej składki w związku z okresem zasiłkowym, popełnionym przez biuro rachunkowe, czego ubezpieczona nie była w stanie zweryfikować ze względu na trwającą chorobę, przy czym nie było to świadome działanie odwołującej się, gdyż uzupełnienie składki nastąpiło niezwłocznie po wykryciu błędu. W świetle wskazanych powyżej rozważań Sąd Apelacyjny zmienił zaskarżony wyrok Sądu Okręgowego.

Decyzją z dnia 17 czerwca 2021 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. odmówił B. O. (1) prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 2 czerwca 2021 roku do dnia 22 czerwca 2021 roku.

Decyzja została oparta na stwierdzeniu, że z dniem 1 czerwca 2021 roku wnioskodawczyni wyczerpała okres zasiłkowy 182 dni obejmujący niezdolności do pracy w okresie od 13 listopada 2020 roku do 23 grudnia 2020 roku i od 12 stycznia 2021 roku do 31 maja 2021 roku.

B. O. (1) odwołała się od decyzji z dnia 17 czerwca 2021 roku w dniu 30 czerwca 2021 roku, kwestionując uznanie, że niezdolności do pracy do 23 grudnia 2020 roku i od 12 stycznia 2021 roku były spowodowane tą samą chorobą.

Na skutek odwołania B. O. (1) od decyzji z dnia 17 czerwca 2021 roku i decyzji z dnia 29 czerwca 2021 roku (dotyczącej okresu od 23 czerwca 2021 roku do 12 lipca 2021 roku) Sąd Rejonowy dla Łodzi – Śródmieście w Łodzi wyrokiem z dnia 14 grudnia 2021 roku, sygn. akt X U 546/21, zmienił zaskarżoną decyzję i przyznał ubezpieczonej prawo do zasiłku chorobowego za okres od 2 czerwca 2021 roku do 12 lipca 2021 roku.

W treści uzasadnienia wyroku wskazano, że Sąd Rejonowy ustalając przyczyny niezdolności do pracy wnioskodawczyni oparł się na wnioskach biegłej neurolog. Biegła stwierdziła, że wnioskodawczyni w okresie od 13 listopada 2021 roku do 23 grudnia 2021 roku była niezdolna do pracy z powodu nerwiaka M. będącego schorzeniem ortopedycznym. Następnie od 12 stycznia 2021 roku do 21 marca 2021 roku wnioskodawczyni była niezdolna do pracy z powodu innej przyczyny chorobowej – zespołu niespokojnych nóg, będącego schorzeniem neurologicznym, które mogło być spowodowane cukrzycą. Następna niezdolność w okresie od 22 marca 2021 roku do 12 lipca 2021

roku spowodowana była chorobą – polineuropatią cukrzycową. Nie można zatem, jak podkreślił Sąd Rejonowy, wskazanych okresów zliczyć do jednego okresu zasiłkowego, ponieważ niezdolność do pracy od 13 listopada 2020 roku do 23 grudnia 2021 roku była spowodowana inną chorobą niż niezdolność w okresach od 12 stycznia 2021 roku do 21 marca 2021 roku oraz od 22 marca 2021 roku do 12 lipca 2021 roku i dotyczyły dwóch różnych układów tj. układu ruchu i układu neurologicznego. W oparciu o powyższe rozważania Sąd Rejonowy przyznał tym samym B. O. (1) prawo do zasiłku chorobowego za okres od dnia 2 czerwca 2021 roku do dnia 12 lipca 2021 roku.

Wnioskodawczyni z wnioskiem o świadczenie rehabilitacyjne wystąpiła w dniu 23 czerwca 2021 roku, zaznaczając w nim, iż okres zasiłkowy 182 dni zakończy się 12 lipca 2021 roku.

Orzeczeniem z dnia 23 lipca 2021 roku lekarz orzecznik ZUS ustalił uprawnienia wnioskodawczyni do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 5 miesięcy licząc od daty wyczerpania zasiłku chorobowego.

W związku z wnioskiem z dnia 23 czerwca 2021 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. decyzją z dnia 28 lipca 2021 roku przyznał B. O. (1) prawo do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od dnia 2 czerwca 2021 roku do dnia 29 października 2021 roku.

Od decyzji z dnia 28 lipca 2021 roku wnioskodawczyni odwołania nie składała. Uznała, że poczeka na zakończenie sprawy dotyczącej prawa do zasiłku chorobowego za okres od 2 czerwca 2021 roku.

Na wnioski ubezpieczonej, na podstawie poświadczeń o dobrowolnym ubezpieczeniu chorobowym, zgodnie z którymi ubezpieczona podlegała temu ubezpieczeniu od dnia 1 stycznia 2020 roku, organ rentowy dokonał wypłaty zasiłku chorobowego za okresy od dnia 1 kwietnia 2020 roku do dnia 17 maja 2020 roku, od dnia 5 czerwca 2020 roku do dnia 12 czerwca 2020 roku, od dnia 2 października 2020 roku do dnia 11 października 2020 roku, od dnia 15 października 2020 roku do dnia 31 października 2020 roku, od dnia 13 listopada 2020 roku do dnia 23 grudnia 2020 roku oraz od dnia 12 stycznia 2021 roku do dnia 1 czerwca 2021 roku.

Podstawa wymiaru zasiłku za okresy od dnia 1 kwietnia 2020 roku do dnia 17 maja 2020 roku oraz od dnia 5 czerwca 2020 roku do dnia 12 czerwca 2020 roku wynosiła przed zmianą kwotę 2.706,23 złotych i uwzględniała średnią najniższą podstawę wymiaru składek z miesięcy styczeń – marzec 2020 roku. Po zmianie podstawa wymiaru składek za wskazane powyżej okresy wyniosła kwotę 2.228,85 złotych. Wyliczenie uwzględniało przychody z lipca 2018 roku oraz czerwca 2019 roku, z wyłączeniem miesięcy, w których działalność była prowadzona przez krócej niż połowa miesiąca tj. z wyłączeniem grudnia 2018 roku i stycznia 2019 roku. Zasiłek chorobowy za wskazane powyżej okresy został wypłacony ubezpieczonej w kwocie 3.969,35 złotych, zaś powinien być on prawidłowo wypłacony, w oparciu o skorygowaną podstawę wymiaru, w kwocie 3.269,20 złotych.

Podstawa wymiaru zasiłku za okresy od dnia 2 października 2020 roku do dnia 11 października 2020 roku, od dnia 15 października 2020 roku do dnia 31 października 2020 roku, od dnia 13 listopada 2020 roku do dnia 23 grudnia 2020 roku oraz od dnia 12 stycznia 2021 roku do dnia 1 czerwca 2021 roku wynosiła przed zmianą kwotę 2.706,23 złotych i uwzględniała średnią najniższą podstawę wymiaru składek z miesięcy styczeń – wrzesień 2020 roku, z wyłączeniem miesięcy, w których działalność była prowadzona przez krócej niż połowa miesiąca tj. z wyłączeniem kwietnia i maja 2020 roku. Po zmianie podstawa wymiaru składek za wskazane powyżej okresy wyniosła kwotę 2.676,33 złotych. Wyliczenie uwzględniało przychody od października 2019 roku do września 2020 roku, z wyłączeniem miesięcy, w których działalność była prowadzona przez krócej niż połowa miesiąca tj. z wyłączeniem października 2019 roku, grudnia 2019 roku oraz kwietnia i maja 2020 roku. Zasiłek chorobowy za wskazane powyżej okresy został wypłacony ubezpieczonej w kwocie 15.083,53 złotych, zaś powinien być on prawidłowo wypłacony, w oparciu o skorygowaną podstawę wymiaru, w kwocie 14.916,33 złotych.

Różnica pomiędzy zasiłkami chorobowymi wypłaconymi (ustalonymi od podstawy wymiaru w wysokości 2.706,23 złotych) a należnymi (ustalonymi od podstawy wymiaru w wysokości 2.228,85 złotych oraz w wysokości 2.676,33 złotych) wyniosła łączną kwotę 867,35 złotych.

W dniu 12 sierpnia 2021 roku wypłacone zostało świadczenie rehabilitacyjne m.in. za okres od dnia 2 czerwca 2021 roku do dnia 12 lipca 2021 roku w kwocie 3.614,97 złotych.

Powyższych ustaleń faktycznych Sąd I instancji przede wszystkim dokonał na podstawie niekwestionowanych przez strony dokumentów znajdujących się w aktach organu rentowego i załączonych do akt sprawy, a także zeznań wnioskodawczynie.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Rejonowy uznał, iż odwołanie podlegało częściowemu uwzględnieniu i skutkowało zmianą zaskarżonej decyzji w zakresie zobowiązującym B. O. (1) do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń. W pozostałym zakresie, w ocenie Sądu meriti, odwołanie należało oddalić.

Sąd I instancji wskazał, iż zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tj. Dz. U. z 2022 roku, poz. 1732, ze zm.) ubezpieczony nabywa prawo do zasiłku chorobowego, gdy stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego.

Okres trwania ubezpieczenia chorobowego to zatem czas, w którym ubezpieczony ma obowiązek opłacania składki lub czas zwolnienia z obowiązku opłacenia składki (por. uchwała SN z dnia 12 czerwca 2002 r., III UZP 4/02, OSNP 2002, nr 24, poz. 601; Biul. SN 2002, nr 6, s. 4; Prok. i Pr. 2002, nr 12, s. 49; OSNP-wkł. 2002, nr 14, poz. 2; M. Prawn. 2002, nr 16, s. 725; Wokanda 2003, nr 2, s. 23; Wokanda 2003, nr 3, s. 24).

Sąd Rejonowy podał, iż zaskarżona decyzja organu rentowego dotyczyła kilku kwestii. Pierwszą była kwestia ustalenia prawidłowej podstawy wymiaru zasiłku chorobowego wypłaconego wnioskodawczynie za okresy od dnia 1 kwietnia 2020 roku do dnia 17 maja 2020 roku, od dnia 5 czerwca 2020 roku do dnia 12 czerwca 2020 roku, jak również od dnia 2 października 2020 roku do dnia 11 października 2020 roku, od dnia 15 października 2020 roku do dnia 31 października 2020 roku, od dnia 13 listopada 2020 roku do dnia 23 grudnia 2020 roku oraz od dnia 12 stycznia 2021 roku do dnia 1 czerwca 2021 roku. Drugą było ustalenie, czy przyznane prawo do zasiłku chorobowego z funduszu chorobowego za wskazane okresy i otrzymane na tych podstawach świadczenie w nieprawidłowej wysokości stanowiło świadczenie nienależne, które odwołująca się winna zwrócić. Trzecim problemem była zaś kwestia wpływu ustalenia prawa do zasiłku chorobowego na prawo do świadczenia rehabilitacyjnego za ten sam okres składkowy oraz zakwalifikowania pobranego już świadczenia rehabilitacyjnego jako świadczenia nienależnego, podlegającego zwrotowi.

Sąd meriti zwrócił uwagę, iż w niniejszej sprawie organ rentowy, ustalając uprawnienie i dokonując wypłaty zasiłku chorobowego za wskazane powyżej okresy, pierwotnie przyjął, iż wnioskodawczynie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od dnia 31 października 2015 roku do dnia 30 listopada 2019 roku oraz od dnia 1 stycznia 2020 roku, natomiast nie podlegała ona dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 1 grudnia 2019 roku do dnia 31 grudnia 2019 roku, co było konsekwencją opóźnienia w opłaceniu składki za ten okres i braku zgody organu rentowego na opłacenie składki po terminie. Organ rentowy uznając, iż wnioskodawczynie nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w miesiącu grudniu 2019 roku do ustalenia podstawy wymiaru zasiłków należnych za okresy wskazane we wcześniejszej części niniejszego uzasadnienia przyjął zadeklarowane podstawy wymiaru składek za miesiące styczeń – marzec 2020 roku oraz styczeń – wrzesień 2020 roku, z wyłączeniem miesięcy, w których działalność gospodarcza była prowadzona przez krócej niż połowa miesiąca, co dało podstawę wymiaru świadczeń w wysokości 2.706,23 złotych. Jak jednak wskazano powyżej, decyzja organu rentowego o niepodleganiu dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od dnia 1 grudnia 2019 roku do dnia 31 grudnia 2019 roku została zmieniona prawomocnym wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 19 listopada 2021 roku, sygn. akt III AUa 520/21. Tym samym, w ocenie Sądu Rejonowego, została prawomocnie przesądzona kwestia nieprzerwanego podlegania wnioskodawczynie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Sąd I instancji podniósł, iż zgodnie z art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stanowi przeciętny miesięczny przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy.

Sąd meriti powołał, iż zgodnie z art. 48a ust. 2 wskazanej powyżej ustawy, w przypadku ubezpieczonego, dla którego podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe stanowi zadeklarowana kwota, podlegającego ubezpieczeniu chorobowemu przez okres krótszy niż okres, o którym mowa w art. 48 ust. 1, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi suma: 1) przeciętnej miesięcznej najniższej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4, za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia, z których przychód podlega uwzględnieniu w podstawie wymiaru zasiłku, oraz 2) kwoty stanowiącej iloczyn jednej dwunastej przeciętnej kwoty zadeklarowanej jako podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, w części przewyższającej najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4, za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia, z których przychód podlega uwzględnieniu w podstawie wymiaru zasiłku, oraz liczby tych miesięcy. Jeżeli okres ubezpieczenia chorobowego rozpoczął się po przerwie nieprzekraczającej 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu, w liczbie pełnych miesięcy kalendarzowych ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1 pkt 2, uwzględnia się również pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia z poprzedniego tytułu. Liczba pełnych miesięcy kalendarzowych ubezpieczenia uwzględnionych z poprzedniego i aktualnego tytułu nie może przekraczać 12 (ust. 2).

W myśl art. 50 ust. 1 ustawy, jeżeli w okresie, o którym mowa w art. 48 lub art. 48a, przychód ubezpieczonego niebędącego pracownikiem uległ zmniejszeniu wskutek niewykonywania pracy lub działalności w okresie pobierania zasiłku chorobowego, macierzyńskiego, opiekuńczego, świadczenia rehabilitacyjnego albo odbywania ćwiczeń wojskowych, przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego: 1) wyłącza się przychód za miesiące, w których ubezpieczony wykonywał pracę lub działalność przez mniej niż połowę miesiąca; 2) przyjmuje się przychód za miesiące, w których ubezpieczony wykonywał pracę lub działalność przez co najmniej połowę miesiąca. Jeżeli w okresie, o którym mowa w ust. 1, przychód ubezpieczonego w każdym miesiącu uległ zmniejszeniu z przyczyn wymienionych w ust. 1, przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przyjmuje się przychód za wszystkie miesiące (ust. 2).

Przenosząc powyższe na grunt rozpoznawanej sprawy Sąd Rejonowy wskazał, iż przyjęcie, że odwołująca B. O. (1) dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu podlegała nieprzerwanie (czyli także w miesiącu grudniu 2019 roku) spowodowało zmianę schematu podlegania ubezpieczeniu chorobowemu w okresie, z którego ustala się wysokość podstawy wymiaru zasiłku chorobowego. Podstawa ta została ustalona zgodnie z art. 48 ust. 1 ustawy, czyli z zadeklarowanych przez wnioskodawczynię składek za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Z kolei podstawy wymiaru składek zostały ustalone na podstawie przychodów zaewidencjonowanych na koncie ubezpieczonej, a odwołująca się nie wykazała w postępowaniu, że podstawy te były inne. Tym samym, w ocenie Sądu I instancji, należy uznać, że zaskarżona decyzja z dnia 21 lutego 2022 roku w zakresie, w jakim organ rentowy odmówił wnioskodawczyni prawa do zasiłku chorobowego z podstawy wymiaru w wysokości 2.706,23 złotych, natomiast przyznał prawo do tych świadczeń z podstawy wymiaru w wysokości 2.228,85 złotych oraz w wysokości 2.676,33 złotych została wydana w zgodzie z obowiązującymi przepisami. Jej wydanie stanowiło bowiem logiczną konsekwencję prawomocnego wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 19 listopada 2021 roku, sygn. akt III AUa 520/21 oraz korygowało wcześniejszy błąd organu rentowego odnoszący się do przyjętego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych okresu podlegania przez B. O. (1) dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Podsumowując tę część rozważań Sąd meriti doszedł do wniosku, że w przedmiotowym zakresie odwołanie nie zasługiwało na uwzględnienie i jako takie podlegało oddaleniu.

Według Sądu I instancji, kolejną kwestią wymagającą rozstrzygnięcia była zasadność zaskarżonej decyzji w części, w jakiej odwołująca się została zobowiązana do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego wraz z odsetkami. Stwierdzona nadpłata wyniknęła z różnicy podstaw wymiaru zasiłków pomiędzy wypłaconą (ustaloną od podstawy w

wysokości 2.706,23 zł) a należną (ustaloną w wysokości 2.228,85 zł i 2.676,33 zł). Różnica ta wyniosła łączną kwotę 867,35 zł (szczegółowe wyliczenia ZUS – pismo k. 35-36). Organ rentowy zobowiązał wnioskodawczynię do zwrotu tej kwoty, jako świadczenia nienależnie pobranego wraz z odsetkami.

Odnosząc się do powyższej kwestii, Sąd I instancji wskazał na treść art. 84 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (tj. Dz. U z 2021 roku poz. 423). Ustęp 1 tego przepisu stanowi, iż osoba, która pobrała nienależne świadczenie z ubezpieczeń społecznych, jest obowiązana do jego zwrotu wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie, w wysokości i na zasadach określonych przepisami prawa cywilnego, z uwzględnieniem ust. 11. Odsetki, z zastrzeżeniem ust. 1a, są naliczane od dnia następującego po dniu wypłaty świadczenia do dnia spłaty.

Za kwoty nienależnie pobranych świadczeń - w myśl ust. 2 art. 84 - uważa się:

- 1) świadczenia wypłacone mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty w całości lub w części, jeżeli osoba pobierająca świadczenie była pouczona o braku prawa do ich pobierania;
- 2) świadczenia przyznane lub wypłacone na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzania w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia;
- 3) świadczenia z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej chorobą z ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego, co do których stwierdzono, że w okresie ich pobierania świadczeniobiorca wykonywał w okresie orzeczonej niezdolności do pracy pracę zarobkową lub wykorzystywał zwolnienie od pracy w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia.

Sąd meriti zwrócił uwagę, iż powyższa regulacja definiuje obowiązek zwrotu świadczenia nienależnego, na tle prawa ubezpieczeń społecznych, jednocześnie określając przesłanki jakie muszą być spełnione, aby dane świadczenie zostało definiowane, jako nienależne.

Sąd Rejonowy podał, iż świadczeniem nienależnym może być tylko świadczenie, wypłacone osobie, która w dniu wydania decyzji spełniała warunki pobierania świadczenia, ale później utraciła uprawnienie do jego pobierania i mimo prawidłowego pouczenia nie powiadomiła o okolicznościach pozbawiających prawa do wypłaty świadczeń; bądź też osobie, która nie miała w dniu wydania decyzji prawa do świadczenia i uzyskała wypłatę świadczenia na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów, albo innego świadomego wprowadzenia organu rentowego w błąd. W ocenie Sądu I instancji, zważyć należy, iż istotnym elementem konstrukcyjnym pojęcia nienależnego świadczenia jest świadomość osoby, która pobrała świadczenia, co do faktu, że zostało ono jej wypłacone bez podstawy prawnej na skutek świadomego wprowadzenia w błąd organu rentowego. Jednocześnie kolejną istotną okolicznością jest to, że przesłanki z art. 84 ust. 2 ustawy systemowej winny być spełnione w chwili pobierania świadczenia. Zatem niedopuszczalna jest sytuacja uznania wypłaconego świadczenia za nienależne w wyniku następczego powzięcia – po zaprzestaniu wypłaty świadczenia - przez ubezpieczonego wiedzy, iż świadczenie spełniało przesłanki z art. 84 ust. 2 ustawy systemowej.

Sąd Rejonowy wskazał, iż w dalszej części powołany przepis wskazuje, iż przepisów ust. 2-4 i 8 nie stosuje się, jeżeli przepisy szczególne określające zasady przyznawania i wypłacania świadczeń stanowią inaczej (ust. 5).

W przypadku wypłaty zasiłku chorobowego przepisy szczegółowo regulujące tę kwestię znajdują się w ustawie z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2017 roku, poz. 1368).

Sąd meriti podkreślił, iż art. 66 ust. 1 i 2 ustawy przewiduje, iż wypłatę świadczenia wstrzymuje się, jeżeli prawo do niego ustało albo okaże się, że prawo takie w ogóle nie istniało (ust. 1). Jeżeli świadczenie zostało pobrane nienależnie z winy ubezpieczonego lub wskutek okoliczności, o których mowa w art. 15-17 i art. 59 ust. 6 i 7,

wypłacone kwoty podlegają potrąceniu z należnych ubezpieczonemu zasiłków bieżących oraz z innych świadczeń z ubezpieczeń społecznych lub ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (ust. 2). Powołany przepis stanowi *lex specialis* w odniesieniu do przepisów ustawy systemowej, ma on zatem pierwszeństwo w stosowaniu, zgodnie z zasadami derogacyjnymi. Zatem przesłankami uznania pobranego zasiłku chorobowego za świadczenie pobrane nienależnie są wina ubezpieczonego lub okoliczności, o których mowa w art. 15 – 17 i art. 59 ust. 6 i 7 ustawy zasiłkowej. Ze świadczeniem nienależnym mamy do czynienia w sytuacji, gdy do jego wypłaty doszło, mimo że prawo do niego ustało albo w ogóle nie istniało (art. 66 ust. 1) oraz gdy zachodzą okoliczności powodujące utratę prawa.

Według Sądu Rejonowego, wskazać należy także na stanowiska judykatury w tej kwestii, które wyrażają pogląd, iż wypłacenie świadczenia w sposób, na który nie miała wpływu wina świadczeniobiorcy, nie uzasadnia powstania po stronie osoby ubezpieczonej obowiązku zwrotu nienależnie pobranego świadczenia. Podstawowym zatem warunkiem uznania, że wypłacone świadczenie podlega zwrotowi w myśl komentowanego przepisu (art. 84 ust. 2 pkt 1 u.s.u.s. z 1998 r.) jest, po pierwsze, brak prawa do świadczenia oraz, po drugie, świadomość tego osoby przyjmującej to świadczenie, płynąca ze stosownego pouczenia. Obie te przesłanki wystąpić muszą w trakcie pobierania świadczenia, a nie po zaprzestaniu jego wypłaty (wyrok SN z dnia 2 grudnia 2009 roku w sprawie I UK 174/09, LEX 585709).

Przenosząc powyższe na grunt rozpoznawanej sprawy Sąd I instancji uznał, że nie zasły okoliczności, a przynajmniej organ rentowy takich w postępowaniu nie wykazał, które dawałyby organowi rentowemu podstawę do uznania, iż pobrany przez B. O. (1) zasiłek chorobowy w łącznej kwocie 867,35 zł jest świadczeniem nienależnym.

W ocenie Sądu meriti, przede wszystkim wymaga podkreślenia, że odwołująca od początku kwestionowała zasadność decyzji organu rentowego w części stwierdzającej jej niepodleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od dnia 1 grudnia 2019 roku do dnia 31 grudnia 2019 roku. Stanowisko ubezpieczonej, odnośnie do braku zasadności decyzji organu rentowego, zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 19 listopada 2021 roku, sygn. akt III AUa 520/21, co spowodowało zmianę okresu podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu oraz, w sposób automatyczny, zmianę podstawy wymiaru zasiłku chorobowego. W świetle okoliczności faktycznych sprawy nie sposób przyjąć, aby ubezpieczona ponosiła winę za taki stan rzeczy. Stanowił on bowiem skutek dochodzenia przez ubezpieczoną swoich praw na drodze postępowania sądowego. Także Sąd Apelacyjny w treści uzasadnienia swojego wyroku podkreślił, iż ubezpieczona nie opłaciła składki na ubezpieczenie chorobowe za grudzień 2019 roku w prawidłowej wysokości na skutek błędu biura rachunkowego, którego wówczas nie była w stanie skontrolować z uwagi na trwającą chorobę. Nie było to jednak świadome działanie odwołującej się, na co wskazuje fakt, że składka została uzupełniona niezwłocznie po wykryciu błędu. Tym samym, według Sądu I instancji, konieczne stało się uznanie, że decyzja organu rentowego o odmowie przywrócenia ubezpieczonej terminu do opłacenia składki na ubezpieczenie chorobowe za grudzień 2019 roku, jak również – w konsekwencji – o niepodleganiu w tym okresie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, jest nieprawidłowa. W tym miejscu należy zauważyć, że to organ rentowy dokonywał ustalenia uprawnień i wypłaty odwołującej zasiłku chorobowego. Odwołująca w żaden sposób nie wprowadziła organu rentowego w błąd, jak również nie podała żadnych nieprawdziwych informacji. Wszelkie składane przez nią dokumenty są prawdziwe i prawidłowe, jak również dawały organowi rentowemu podstawę do prawidłowego naliczenia należnych świadczeń. Tym samym zobowiązanie ubezpieczonej do zwrotu pobranego zasiłku chorobowego należy uznać za błędne i nieuzasadnione w świetle przepisów prawa ubezpieczeń społecznych, odnoszących się do zwrotu świadczenia nienależnego. Wobec powyższego, w części odnoszącej się do przedmiotowej kwestii, odwołanie zasługiwało na uwzględnienie, co skutkowało zmianą zaskarżonej decyzji.

W ocenie Sądu meriti, kolejną kwestią wymagającą rozstrzygnięcia była kwestia prawa odwołującej się do świadczenia rehabilitacyjnego w okresie od dnia 2 czerwca 2021 roku do dnia 12 lipca 2021 roku.

Sąd Rejonowy podał, iż przesłanki nabycia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego określa art. 18 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Zgodnie z tym przepisem świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy. Z kolei zasiłek

chorobowy przysługuje przez okres trwania niezdolności do pracy z powodu choroby co do zasady nie dłużej niż przez 182 dni (art. 8 ust. 1 ustawy).

Sąd I instancji ustalił, iż pomiędzy stronami sporny był sposób liczenia okresu zasiłkowego 182 dni. Organ rentowy do okresu tego wliczał niezdolności do pracy trwające od 13 listopada 2020 roku do 23 grudnia 2020 roku i 12 stycznia 2021 roku do 31 maja 2021 roku uznając, iż z dniem 1 czerwca 2021 roku wnioskodawczyni wyczerpała 182 dni zasiłku chorobowego. Z kolei według wnioskodawczyni okres niezdolności do pracy trwającej od 13 listopada 2020 roku do 23 grudnia 2020 roku nie podlegał wliczeniu do okresu zasiłkowego co skutkowało uznaniem, że okres ten kończył się dopiero z dniem 12 lipca 2021 roku. Kwestia ta została ostatecznie prawomocnie przesądzona w sprawie X U 546/21, w której Sąd zmieniając zaskarżone decyzje odmawiające prawa do zasiłku chorobowego za okresy od 2 czerwca 2021 roku do 22 czerwca 2021 roku i od 23 czerwca 2021 roku do 12 lipca 2021 roku przyznał B. O. (1) prawo do tego świadczenia za okres od 2 czerwca 2021 roku do 12 lipca 2021 roku. Konsekwencją przyznania ubezpieczonej wyrokiem Sądu prawa do zasiłku chorobowego za okres od 2 czerwca 2021 roku do 12 lipca 2021 roku jest brak prawa do świadczenia rehabilitacyjnego za tożsamy okres.

W związku z powyższym, w ocenie Sądu Rejonowego, za w pełni słuszną należy uznać decyzję organu rentowego z dnia 21 lutego 2022 roku także w tej części, w jakiej organ rentowy odmówił ubezpieczonej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Sąd I instancji ocenił również, czy wypłacone odwołującej się prawo do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 2 czerwca 2021 roku do 12 lipca 2021 roku jest świadczeniem nienależnym podlegającym obowiązkowi zwrotu. Sąd meriti podniósł, że organ rentowy w uzasadnieniu decyzji ograniczył się jedynie do stwierdzenia, że wobec braku prawa do świadczenia rehabilitacyjnego za wskazany okres, świadczenie stało się nienależne.

Sąd Rejonowy podkreślał, że z samego faktu, że ubezpieczony nie ma prawa do świadczenia z ubezpieczenia społecznego, nie można wywodzić, iż winien zwrócić wypłacone świadczenie. Nie działa tu automatyzm pomiędzy stwierdzeniem braku uprawnienia do określonego świadczenia, a obowiązkiem jego zwrotu. Istotną bowiem cechą nienależnie pobranego świadczenia jest świadomość osoby pobierającej świadczenie co do nieprzysługiwania tego świadczenia w całości lub w części od początku, albo w następstwie mających miejsce później zdarzeń. Kryterium istnienia świadomości wynika z dokonanego pouczenia przez organ rentowy bądź też z niektórych zachowań ubezpieczonego (składanie fałszywych zeznań, posługiwanie się fałszywymi dokumentami oraz inne przypadki świadomego wprowadzenia w błąd organu rentowego).

Organ rentowy może domagać się zwrotu nienależnie pobranego świadczenia tylko wówczas, gdy ubezpieczonemu można przypisać złą wolę. Obowiązek zwrotu obciąża tylko tego, kto przyjął świadczenie w złej wierze, wiedząc że mu się nie należy, co dotyczy zarówno osoby, która została pouczona o okolicznościach, w jakich nie powinna pobierać świadczeń, jak też tej osoby, która uzyskała świadczenia na podstawie nieprawdziwych zeznań lub dokumentów, albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd instytucji ubezpieczeniowej. Wypłacenie świadczenia w sposób, na który nie miała wpływu wina świadczeniobiorcy, nie uzasadnia powstania po stronie osoby ubezpieczonej obowiązku zwrotu nienależnie pobranego świadczenia. Podstawowym warunkiem uznania, że wypłacone świadczenie podlega zwrotowi, jest więc brak prawa do świadczenia oraz świadomość tego (zła wiara) osoby przyjmującej to świadczenie, płynąca ze stosownego pouczenia bądź wynikająca z określonych zachowań osoby pobierającej świadczenie.

Sąd Rejonowy zwrócił uwagę, iż w orzecznictwie wskazuje się: „Podstawowym warunkiem uznania, że wypłacone świadczenie podlega zwrotowi w myśl art. 84 ust. 2 pkt 1 u.s.u.s., jest po pierwsze, brak prawa do świadczenia oraz po drugie, świadomość tego osoby przyjmującej to świadczenie, płynąca ze stosownego pouczenia. Obie te przesłanki wystąpić muszą w trakcie pobierania świadczenia, a nie po zaprzestaniu jego wypłaty. Organ rentowy może domagać się zwrotu nienależnie pobranego świadczenia tylko wówczas, gdy ubezpieczonemu można przypisać złą wolę. Obowiązek zwrotu obciąża tylko tego, kto przyjął świadczenie w złej wierze wiedząc, że mu się nie należy, co dotyczy zarówno osoby, która została pouczona o okolicznościach, w jakich nie powinna pobierać świadczeń, jak też tej

osoby, która uzyskała świadczenia na podstawie nieprawdziwych zeznań lub dokumentów, albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd instytucji ubezpieczeniowej. W prawie ubezpieczeń społecznych "świadczenie nienależnie pobrane", to nie tylko "świadczenie nienależne" (obiektywnie, np. wypłacane bez podstawy prawnej), ale także "nienależnie pobrane", a więc pobrane przez osobę, której można przypisać określone cechy dotyczące stanu świadomości (woli) lub określone działania (zaniechania)" (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 września 2020 r., I UK 98/19, a także postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 11 stycznia 2022 r. (...) 4/21).

„Świadomość nienależności świadczenia może mieć źródło w pouczeniu udzielonym przez organ rentowy co do okoliczności powodujących konieczność zwrotu świadczenia, bądź też może wynikać z zawinionego działania osoby, która spowodowała wypłatę świadczeń. Świadomym wprowadzeniem w błąd jest umyślne działanie świadczeniobiorcy, które ma postać zamiaru bezpośredniego lub zamiaru ewentualnego. W rozumieniu art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 423 t.j), błąd stanowi następstwo świadomego działania pobierającego świadczenie, determinowanego wolą wywołania przekonania po stronie organu, że zostały spełnione warunki nabycia prawa do świadczenia lub świadczenia o określonej wysokości. Ów błąd wiąże się zawsze z pierwotną wadliwością rozstrzygnięć organu rentowego lub odwoławczego, a jego istotną cechą konstrukcyjną, odróżniającą od innych uchybień, jest istnienie fałszywego wyobrażenia organu o stanie uprawnień wnioskodawcy, wywołanego na skutek świadomego zachowania osoby pobierającej świadczenie. Jednocześnie w orzecznictwie Sądu Najwyższego zakreśla się szeroko ramy zachowań kwalifikowanych jako świadome wprowadzenie w błąd organu rentowego lub odwoławczego. Zalicza się do nich zarówno bezpośrednie oświadczenie nieprawdy we wniosku o świadczenie, jak i przemilczenie przez wnioskodawcę faktu mającego wpływ na prawo do świadczenia, złożenie wniosku w sytuacji oczywiście nieuzasadniającej powstania prawa do świadczenia oraz okoliczność domniemanego współdziałania wnioskodawcy z innymi podmiotami we wprowadzeniu w błąd organu rentowego” (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 czerwca 2021 r. (...) 55/21).

„W przypadku rozważania odpowiedzialności ubezpieczonego z art. 84 ust. 2 pkt 1 lub pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 423 t.j) niezbędne jest wykazanie braku prawa do świadczenia i świadomości, że zasiłek był nienależny. Obie przesłanki muszą wystąpić już w trakcie pobierania świadczenia, a nie po zaprzestaniu jego wypłaty. Innymi słowy, jeśli w trakcie pobierania świadczenia jest ono „należne”, a okoliczności wykluczające prawo do niego, w konsekwencji również wiedza o tym świadczeniobiorcy, wystąpiły post factum, to nie ma podstaw do uznania, iż należności wypłacone podlegają zwrotowi na podstawie art. 84 ust. 1 ww. ustawy” (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 19 lutego 2021 r. I (...) 79/21; a także postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 11 marca 2020 r. III UK 72/19).

„Z punktu widzenia odpowiedzialności z art. 84 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych nieświadomość pobierania świadczenia nienależnego musi wystąpić w czasie jego wypłaty. Wcześniejsze i późniejsze przeżycia ubezpieczonego nie mają znaczenia” (postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 14 stycznia 2021 r. I (...) 18/21).

„Prawa do ustalonego i pobranego na podstawie ostatecznej decyzji organu rentowego świadczenia z ubezpieczenia społecznego nie mógł z braku adekwatnej podstawy prawnej utracić ubezpieczony, który nabył i zrealizował to świadczenie legalnie i w dobrej wierze, tj. w okolicznościach, które nie kwalifikowały stanu nienależnie pobranego świadczenia rehabilitacyjnego, które nie było wypłacone w okolicznościach powodujących ustanie ówczesnie niespornego prawa do świadczenia rehabilitacyjnego w okresach jego legalnego przysługiwania i pobrania, choćby nawet ubezpieczony był pouczony o „potencjalnym”, ale potwierdzonym dopiero późniejszym prawomocnym wyrokiem sądowym ustaleniu z datą wsteczną prawa i prymatu później przyznanej renty z tytułu niezdolności do pracy. Konkretnie rzecz ujmując, w prawie ubezpieczeń społecznych nie ma podstawy prawnej, z której wynikałoby, że prawo do legalnie zrealizowanego świadczenia z ubezpieczenia społecznego może być unicestwione lub „zastąpione” z mocą wsteczną innym świadczeniem wskutek późniejszego prawomocnego wyroku sądowego przyznającego konkurencyjne świadczenie z ubezpieczenia społecznego” (wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 17 stycznia 2019 r. III UK 6/18).

W ocenie Sądu Rejonowego, w niniejszej sprawie należało uznać, że nie zachodzi żadna z przesłanek zwrotu nienależnego świadczenia, które zostały wymienione w art. 84 ust. 2 ustawy systemowej.

Według Sądu I instancji, dla rozstrzygnięcia sporu o zwrot świadczenia rehabilitacyjnego konieczne jest przypomnienie kolejności zdarzeń.

Jak podał Sąd meriti, w sprawie ustalono, że wnioskodawczyni z wnioskiem o świadczenie rehabilitacyjne wystąpiła w dniu 23 czerwca 2021 roku, zaznaczając w nim, iż okres zasiłkowy 182 dni kończy się 12 lipca 2021 roku. W tym samym czasie, organ rentowy wydał decyzję z dnia 17 czerwca 2021 roku odmawiającą ubezpieczonej prawa do zasiłku chorobowego za okres od 2 czerwca 2021 roku do 22 czerwca 2021 roku i decyzję z dnia 29 czerwca 2021 roku odmawiającą prawa do zasiłku chorobowego za okres od 23 czerwca 2021 roku do 12 lipca 2021 roku. Wnioskodawczyni odwołała się od obydwu tych decyzji (odpowiednio w dniach 30 czerwca 2021 roku i 14 lipca 2021 roku) kwestionując przyjęty przez ZUS okres zasiłkowy 182 dni, a tym samym datę zakończenia tego okresu. W międzyczasie organ rentowy wydał decyzję z dnia 28 lipca 2021 roku przyznającą B. O. (1) prawo do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od dnia 2 czerwca 2021 roku do dnia 29 października 2021 roku. Decyzja ta, wobec braku jej zaskarżenia, stała się ostateczna i została wykonana. Jak wynika z akt sprawy po rozpoznaniu odwołania Sąd wyrokiem z dnia 14 grudnia 2021 roku, sygn. akt X U 546/21, zmienił zaskarżoną decyzję i przyznał ubezpieczonej prawo do zasiłku chorobowego za okres od 2 czerwca 2021 roku do 12 lipca 2021 roku. Wyrok ten uprawomocnił się z dniem 27 stycznia 2022 roku.

Sąd I instancji zwrócił uwagę, iż w stanie przedmiotowej sprawy wykluczone było uznanie, że doszło do pobrania nienależnego świadczenia rehabilitacyjnego przez ubezpieczoną, która nabyła i zrealizowała prawo do tego świadczenia legalnie i w dobrej wierze, gdyż w trakcie jego pobierania było to świadczenie należne z braku ówczesnie równoczesnego ustalenia spornego prawa do zasiłku chorobowego. Wnioskodawczyni z wnioskiem o świadczenie rehabilitacyjne na formularzu ZNp-7 wystąpiła w terminie zgodnym z pouczeniem zawartym we wniosku (czyli przed zakończeniem pełnego okresu zasiłkowego 182 dni), zaznaczającym w nim przewidywany przez siebie okres jego zakończenia. To, że wnioskodawczyni nie odwołała się od decyzji przyznającej świadczenie rehabilitacyjne począwszy od dnia 2 czerwca 2021 roku nie może świadczyć o jej złej wierze, gdyż po pierwsze to organ rentowy przyznał jej świadczenie od tejże daty, mimo daty zakończenia okresu zasiłkowego wskazanej przez ubezpieczoną we wniosku, jednocześnie odstępując od wydania decyzji odmawiającej prawa do świadczenia od późniejszej daty. Po drugie, wnioskodawczyni nie mogła przewidzieć jak zostanie rozpatrzone jej odwołanie od decyzji odmawiającej prawa do zasiłku chorobowego od 2 czerwca 2021 roku. Po trzecie wreszcie, wnioskodawczyni nie mogła zwlekać z samym wnioskiem o świadczenie rehabilitacyjne do czasu wyjaśnienia spornego prawa do zasiłku chorobowego chociażby z uwagi na obowiązujący 6-miesięczny termin na złożenie wniosku o świadczenie rehabilitacyjne liczony od ostatniego dnia okresu, za który świadczenie przysługuje, po upływie którego wygasa prawo o wypłatę świadczenia (art. 67 ust. 1 w zw. z art. 69 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa).

Sąd I instancji wskazał, iż skoro odwołująca się w spornym okresie pobrania świadczenia rehabilitacyjnego nie miała ustalonego prawa do zasiłku chorobowego, to nie zaszyły w jej przypadku przesłanki do zastosowania art. 84 ust. 1 i 2 pkt. 1 ustawy systemowej w postaci wystąpienia okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego oraz pouczenia o braku prawa do jego pobierania wraz z przysługującym zasiłkiem chorobowym. Obie te przesłanki, jak wynika z przywołanego orzecznictwa Sądu Najwyższego, muszą wystąpić już w trakcie pobierania świadczenia, a nie po zaprzestaniu jego wypłaty. Innymi słowy, jeśli w trakcie pobierania świadczenia jest ono „należne”, a okoliczności wyłączające prawo do niego, w konsekwencji również wiedza o tym świadczeniobiorcy, wystąpiły post factum, to nie ma podstaw do uznania, iż należności wypłacone podlegają zwrotowi na podstawie art. 84 ust. 1 ustawy.

Sąd Rejonowy podniósł, iż zebrany w sprawie materiał dowodowy nie daje także podstaw do twierdzenia, że świadczenie rehabilitacyjne zostało ubezpieczonej przyznane lub wypłacone na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzania w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia. Orzecznictwo, jako przykłady świadomego wprowadzenia w

błąd organu ubezpieczeń społecznych, wymienia przede wszystkim działania ubezpieczonego polegające m. in. na przedłożeniu w organie rentowym dokumentu mającego istotne znaczenie dla uzyskania świadczenia zawierającego nieprawdziwe informacje (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 kwietnia 2001 r., II UKN 309/00, OSNP 2003 Nr 2, poz. 44), podaniu we wniosku o emeryturę nieprawdziwej informacji, że wnioskodawca nie pobiera innych świadczeń (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 8 stycznia 1999 r., II UKN 406/98, OSNAPiUS 2000 Nr 5, poz. 196 i z dnia 29 lipca 1998 r., II UKN 147/98, OSNAPiUS 1999 Nr 14, poz. 471), posłużeniu się oświadczeniami świadków ze świadomością, że nie są prawdziwe (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 kwietnia 2000 r., II UKN 500/99, OSNAPUS 2001 Nr 20, poz. 623), a także złożeniu wniosku przez osobę niebędącą pracownikiem o wcześniejszą emeryturę przysługującą tylko pracownikom (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 1997 r., II UKN 128/97, OSNAPiUS 1998 Nr 6, poz. 192). (...) wiąże się zawsze z pierwotną wadliwością rozstrzygnięć organu rentowego lub odwoławczego, z etapem ustalania prawa do świadczeń, a jego istotną cechą konstrukcyjną, odróżniającą od innych uchybień organów rentowych lub odwoławczych jest istnienie fałszywego wyobrażenia organu o stanie uprawnień wnioskodawcy, wywołanego na skutek świadomego zachowania osoby pobierającej świadczenie. Przesłanka "świadomego wprowadzenia w błąd" nawiązuje do winy osoby pobierającej świadczenie, więc świadomym wprowadzeniem w błąd jest umyślne działanie zainteresowanego, przyjmujące postać dolus directus lub dolus eventualis (tak też Sąd Okręgowy w Łodzi w uzasadnieniu wyroku z dnia 10 listopada 2017 roku sygn. VIII U 45/17, opubl. na Portalu Orzeczeń Sądów Powszechnych (...) Sąd I instancji wskazał, iż dowód istnienia przesłanek żądania zwrotu świadczenia nienależnego obciążał organ wypłacający świadczenia. Ustalone w sprawie okoliczności faktyczne, według Sądu meriti, w żadnym razie nie pozwalają zakwalifikować zachowania odwołującej się jako świadomego wprowadzenia w błąd organu rentowego.

Mając na uwadze powyższe Sąd I instancji, na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c., zmienił zaskarżoną decyzję orzekając, że ubezpieczona nie ma obowiązku zwrotu pobranych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. W pozostałym zakresie odwołanie oddalono na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c., jako bezzasadne.

W dniu 9 stycznia 2023 roku apelację pod powyższego wyroku złożył Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. zaskarżając rzeczone orzeczenie w części tj. w zakresie punktu 1 sentencji wyroku.

Skarżonemu orzeczeniu organ rentowy zarzucał naruszenie prawa materialnego tj. art. 84 ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2021 r., poz. 423) poprzez jego niezastosowanie i nieuznanie, że ubezpieczona w niniejszej sprawie powinna była liczyć się z obowiązkiem zwrotu świadczenia oraz przyjęcie, że zachowanie ubezpieczonej nie spełniało przesłanki wprowadzania w błąd Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, jako organu wypłacającego świadczenie.

W konkluzji tak sformułowanych zarzutów, Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie odwołania od decyzji z dnia 21 lutego 2022 roku (nr (...)), ewentualnie uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpatrzenia.

W odpowiedzi na apelację złożonej w dniu 1 lutego 2023 roku ubezpieczona B. O. (1), reprezentowana przez profesjonalnego pełnomocnika, wniosła o oddalenie apelacji w całości, jako całkowicie bezzasadnej oraz zasądzenie od organu rentowego na rzecz ubezpieczonej kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego według norm przepisanych.

Na rozprawie w dniu 2 marca 2023 roku pełnomocnik organu rentowego poparł apelację, z kolei pełnomocnik wnioskodawczyni wniósł o oddalenie apelacji oraz zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego według nrom przepisanych.

Sąd Okręgowy w Łodzi zważył, co następuje:

apelacja organu rentowego nie zasługuje na uwzględnienie i podlega oddaleniu.

W toku przeprowadzonej kontroli instancyjnej, Sąd Okręgowy ocenił, iż zaskarżony wyrok Sądu Rejonowego jest prawidłowy i znajduje oparcie zarówno w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym, jak i obowiązujących przepisach prawa.

Sąd Okręgowy orzekający w przedmiotowej sprawie podzielił w całości i przyjął za własne prawidłowo poczynione przez Sąd I instancji ustalenia faktyczne, jak również akceptuje dokonaną przez tenże Sąd prawidłową ocenę prawną ustalonego stanu faktycznego bez konieczności ponownego przytaczania (art. 387 § 2¹ k.p.c.).

Zarzuty apelacji sprowadzały się w zasadzie do naruszenia, według apelującego, przez Sąd I instancji prawa materialnego w postaci art. 84 ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez jego niezastosowanie oraz nieuznanie, iż ubezpieczona w przedmiotowej sprawie powinna była liczyć się z obowiązkiem zwrotu świadczenia oraz przyjęcie, że zachowanie B. O. (1) nie spełniało przesłanki wprowadzania w błąd Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, jako organu wypłacającego świadczenia.

W ocenie Sądu II instancji, powyższy zarzut okazał się niezasadniony.

Stosownie do treści art. 84 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych /t.j. Dz.U. z 2022, poz. 1009 z późn. zm., dalej: ustawa systemowa/, osoba, która pobrała nienależne świadczenie z ubezpieczeń społecznych, jest obowiązana do jego zwrotu wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie, w wysokości i na zasadach określonych przepisami prawa cywilnego, z uwzględnieniem ust. 11. Odsetki, z zastrzeżeniem ust. 1a, są naliczane od dnia następującego po dniu wypłaty świadczenia do dnia spłaty.

Zgodnie natomiast z art. 84 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, za kwoty nienależnie pobranych świadczeń uważa się:

- 1) świadczenia wypłacone mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty w całości lub w części, jeżeli osoba pobierająca świadczenie była pouczona o braku prawa do ich pobierania;
- 2) świadczenia przyznane lub wypłacone na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzania w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia;
- 3) świadczenia z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej chorobą z ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego, co do których stwierdzono, że w okresie ich pobierania świadczeniobiorca wykonywał w okresie orzeczonej niezdolności do pracy pracę zarobkową lub wykorzystywał zwolnienie od pracy w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia.

Obowiązek zwrotu świadczenia obciąża tego, kto przyjął świadczenie w złej wierze, mając świadomość jego nienależności. Dotyczy to zarówno osoby, która została pouczona o okolicznościach dotyczących braku prawa do pobierania świadczenia (art. 84 ust. 2 pkt 1 u.s.u.s.), jak i osoby, która uzyskała świadczenie na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd organu wypłacającego świadczenie (art. 84 ust. 2 pkt 2 u.s.u.s.). Świadomość nienależności świadczenia może mieć źródło w pouczeniu udzielonym przez organ rentowy co do okoliczności powodujących konieczność zwrotu świadczenia, bądź też może wynikać z zawinionego działania osoby, która spowodowała wypłatę świadczeń / postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 5 lipca 2022 roku, I (...) 522/21, LEX nr 3478520/.

W każdym przypadku, w którym przyjmuje się, że świadczenie ubezpieczeniowe zostało nienależnie pobrane w rozumieniu art. 84 ust. 2 u.s.u.s. i w związku z tym podlega zwrotowi na podstawie art. 84 ust. 1 u.s.u.s., taka konkluzja musi zostać poprzedzona dokonaniem wyczerpujących ustaleń faktycznych dotyczących stanu świadomości osoby pobierającej świadczenie, przy czym oceny, czy świadczenie zostało nienależnie pobrane, należy dokonywać w

odniesieniu do chwili wypłaty tego świadczenia, a nie z perspektywy okoliczności, które wystąpiły po zakończeniu jego wypłacania przez organ rentowy.

Organ rentowy może domagać się zwrotu nienależnie pobranego świadczenia tylko wówczas, gdy ubezpieczonemu można przypisać złą wolę. Obowiązek zwrotu obciąża tylko tego, kto przyjął świadczenie w złej wierze, wiedząc, że mu się ono nie należy, co dotyczy - zarówno osoby, która została pouczona o okolicznościach, w jakich nie powinna pobierać świadczeń, jak też osoby, która uzyskała świadczenia na podstawie nieprawdziwych zeznań lub dokumentów, albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd instytucji ubezpieczeniowej. Wypłacenie świadczenia w sposób, na który nie miała wpływu wina (zła wola) świadczeniobiorcy, nie uzasadnia natomiast powstania po stronie osoby ubezpieczonej obowiązku zwrotu nienależnie pobranego świadczenia /wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 kwietnia 2022 roku, I (...) 156/21, LEX nr 3434029/.

Na podstawie art. 66 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa /t.j. Dz.U. z 2022, poz. 1732 z późn. zm./, wypłatę zasiłku wstrzymuje się, jeżeli:

- 1) powstaną okoliczności uzasadniające ustanie prawa do zasiłku;
- 2) okaże się, że prawo do zasiłku nie istniało;
- 3) zasiłek nie może być doręczony z przyczyn niezależnych od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Jak stanowi art. 66 ust. 2 ww. ustawy, jeżeli świadczenie zostało pobrane nienależnie z winy ubezpieczonego lub wskutek okoliczności, o których mowa w art. 15-17 i art. 59 ust. 6 i 7, wypłacone kwoty podlegają potrąceniu z należnych ubezpieczonemu zasiłków bieżących oraz z innych świadczeń z ubezpieczeń społecznych lub ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji lub egzekucji sądowej.

Artykuł 66 ust. 2 ustawy z 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa nie reguluje odmiennie okoliczności przemawiających za uznaniem świadczenia za pobrane nienależnie, niż czyni to art. 84 ust. 2 u.s.u.s. /wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 grudnia 2019 roku, I UK 285/18, LEX nr 2779501/.

W ocenie Sądu Okręgowego, Sąd I instancji prawidłowo przyjął, iż w niniejszej sprawie brak jest podstaw do uznania, iż wnioskodawczyni B. O. (1) pobrała świadczenie w postaci zasiłku chorobowego w sposób nienależny. Według Sądu II instancji, nieuprawnionym staje się przyjęcie odmiennego stanowiska w świetle okoliczności, jakie zaszły w stosunku do wnioskodawczyni i miały wpływ na jej sytuację ubezpieczeniową. Trzeba bowiem wziąć pod uwagę, iż B. O. (1) zainicjowała postępowanie, którego przedmiotem stała się zasadność decyzji organu rentowego, w treści której Zakład Ubezpieczeń Społecznych stwierdził, iż wnioskodawczyni nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od dnia 1 grudnia 2019 roku do dnia 31 grudnia 2019 roku, a decyzja ta bezpośrednio przekładała się na przyjętą przez organ rentowy kwotę podstawy wymiaru zasiłku chorobowego ubezpieczonej. W wyniku wniesionego odwołania, Sąd Apelacyjny w Łodzi prawomocnym wyrokiem z dnia 19 listopada 2021 roku wydanym w sprawie o sygn. akt III AUa 520/21 stwierdził, iż B. O. (1) podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od dnia 1 grudnia 2019 roku do dnia 31 grudnia 2019 roku, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą. Wyrok ten w przypadku wnioskodawczyni spowodował zatem zmianę okresu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, a w konsekwencji zmianę podstawy wymiaru zasiłku chorobowego. Prawidłowo Sąd I instancji przyjął, iż nie ma przesłanek, by twierdzić, iż B. O. (1) ponosiła jakąkolwiek winę za zaistniały stan rzeczy. Możliwość obrony swoich praw jest bowiem przywilejem wnioskodawczyni, nadto wyraża się w zagwarantowanych obywatelowi polskiemu Konstytucją praw, w tym wypadku – prawa do sądu (art. 45 Konstytucji RP). Dodatkowo, każda ze stron ma prawo do zaskarżenia orzeczeń i decyzji wydanych w pierwszej instancji (art. 78 Konstytucji RP). W realiach niniejszej sprawy trudno zatem zaakceptować pogląd, iż ubezpieczona jest odpowiedzialna za wysokość pobranego zasiłku chorobowego w sytuacji, kiedy kwestionowała decyzję mającą wpływ na tę wysokość, z kolei Sąd Apelacyjny w wyroku z dnia 19 listopada 2021 roku wprost wskazał, iż brak

opłacenia składki na ubezpieczenie chorobowe za miesiąc grudzień 2019 roku przez wnioskodawczynię nie był efektem świadomego jej działania, a uchybienie zostało skorygowane niezwłocznie po wykryciu błędu. Właściwie Sąd I instancji zaznaczył, iż wnioskodawczyni w żadnej formie nie wprowadziła organu rentowego w błąd, jak również nie wskazała nieprawdziwych informacji, z kolei Zakład Ubezpieczeń Społecznych dysponował wszelką odpowiednią dokumentacją, która umożliwiłaby poczynienie prawidłowych ustaleń w granicach przysługujących ubezpieczonej świadczeń, w szczególności ich wysokości.

Według Sądu Okręgowego, Sąd Rejonowy dokonał prawidłowej oceny w zakresie obowiązku ubezpieczonej zwrotu nienależnie pobranego świadczenia w postaci świadczenia rehabilitacyjnego ustalonego zaskarżoną decyzją organu rentowego z dnia 21 lutego 2022 roku jednocześnie stwierdzając, iż w stosunku do B. O. (1) nie zachodzą przesłanki wymienione w treści art. 84 ust. 2 ustawy systemowej.

Rację ma Sąd I instancji uznając, iż wnioskodawczyni B. O. (1) legalnie i w dobrej wierze nabyła i zrealizowała prawo do świadczenia rehabilitacyjnego. Wbrew twierdzeniom organu rentowego, należy jednoznacznie wskazać, iż wobec trwającego sporu o prawo do zasiłku chorobowego, nie można opowiedzieć się za poglądem, iż wnioskodawczyni w złej wierze pobierała świadczenie rehabilitacyjne. W ocenie Sądu Okręgowego, w realiach niniejszej sprawy wysoce krzywdzące dla ubezpieczonej okazałoby się akceptowanie stanowiska, według którego zachowanie B. O. (1) nacechowane było złą wolą biorąc pod uwagę racjonalność pobierania świadczenia rehabilitacyjnego w sytuacji niepewności, co do ostatecznego orzeczenia Sądu rozpatrującego środek zaskarżenia od decyzji odmawiających ubezpieczonej prawa do zasiłku chorobowego, które przekładały się bezpośrednio na prawo do wypłaty świadczenia rehabilitacyjnego. Nieuprawnionym staje się wymaganie od B. O. (1), by w tym okresie miała wiedzę o okolicznościach prowadzących do konkluzji, iż świadczenie rehabilitacyjne jej nie przysługuje. Należy przy tym podkreślić, iż z wnioskiem o świadczenie rehabilitacyjne wnioskodawczyni wystąpiła w terminie wskazanym we właściwym pouczeniu określając przewidywany dzień zakończenia pełnego okresu zasiłkowego (182 dni). Słusznie Sąd I instancji podkreślił, iż Zakład Ubezpieczeń Społecznych samodzielnie przyznał ubezpieczonej prawo do świadczenia rehabilitacyjnego od dnia 2 czerwca 2021 roku, mimo iż w powyższym wniosku B. O. (1) oznaczyła datę końcową okresu zasiłkowego 12 lipca 2021 roku.

W istniejącym stanie rzeczy, B. O. (1) nie była w stanie przewidzieć, jaki rezultat odniesie spór wszczęty o prawo do zasiłku chorobowego na skutek odwołania od decyzji z dnia 17 czerwca 2021 roku oraz z dnia 29 czerwca 2021 roku. Właściwie Sąd Rejonowy zaznaczył, iż wnioskodawczyni nie mogła zwlekać z wnioskiem o świadczenie rehabilitacyjne biorąc pod uwagę, iż według art. 67 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (który na podstawie art. 69 tej ustawy stosuje się odpowiednio do świadczenia rehabilitacyjnego), roszczenie o wypłatę zasiłku chorobowego, wyrównawczego, macierzyńskiego oraz opiekuńczego przedawnia się po upływie 6 miesięcy od ostatniego dnia okresu, za który zasiłek przysługuje.

Mając na względzie, iż w okresie pobierania świadczenia rehabilitacyjnego uprawnienia wnioskodawczyni do zasiłku chorobowego nie zostały ustalone, nie można przyjąć, iż w stosunku do ubezpieczonej zaszły okoliczności powodujące ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty w całości lub w części, a tym bardziej że wnioskodawczyni była pouczona o braku prawa do ich pobierania. Trzeba bowiem wyraźnie podkreślić, iż B. O. (1) o wyżej omówionych okolicznościach dowiedziała się dopiero w związku z prawomocnym rozstrzygnięciem sporu o zasiłek chorobowy (wyrok uprawomocnił się z dniem 27 stycznia 2022 roku). W konsekwencji, otrzymane wcześniej świadczenie rehabilitacyjne było świadczeniem należnym, a świadomość nienależności tego świadczenia powstała nie w trakcie jego pobierania, a po zaprzestaniu dokonania jego wypłaty w sposób, na który nie miała wpływu wina (zła wola) ubezpieczonej.

W ślad za stanowiskiem Sądu I instancji należy również zwrócić uwagę, iż zebrany w niniejszej sprawie materiał dowodowy nie stanowił asumptu do uznania, iż świadczenie rehabilitacyjne, w myśl art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, przyznano i wypłacono wnioskodawczyni w oparciu o nieprawdziwe zeznania lub fałszywe dokumenty, bądź też na skutek innych przypadków świadomego wprowadzenia w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia. Brak jest bowiem jakiegokolwiek dowodu potwierdzającego powyższe okoliczności.

Ostatecznie, prawidłowo Sąd I instancji przyjął, iż organ rentowy w toku postępowania w żaden sposób nie wykazał, iż świadczenie rehabilitacyjne zapewnione wnioskodawczyni było świadczeniem nienależnym, podlegającym zwrotowi zgodnie z regulacjami ustawy systemowej. Według Sądu rozpoznającego przedmiotową apelację, Sąd meriti dokonał kompleksowych ustaleń faktycznych dotyczących stanu świadomości osoby pobierającej świadczenie, w tym wypadku ubezpieczonej B. O. (1).

Biorąc pod uwagę wszystkie okoliczności sprawy oraz poczynione rozważania prawne, z uwagi na niezasadność podniesionych zarzutów, apelacja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddziału w Ł., na podstawie art. 385 k.p.c., podlegała oddaleniu, jako bezzasadna, o czym orzeczono, jak w punkcie 1 sentencji wyroku.

W punkcie 2 sentencji wyroku Sąd Okręgowy orzekł o kosztach zastępstwa procesowego za II instancję zasądając od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddziału w Ł. na rzecz B. O. (1) kwotę 120,00 zł - § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie /Dz.U. z 2016 r., poz. 1800 z późn. zm./.