

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 6 lutego 2018r. znak (...), nr sprawy (...) (...) w S. zobowiązał (...) spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością w M. do zwrotu zasiłku chorobowego wypłaconego nienależnie M. A. (1) za okres 1 lipca 2017r. - 14 sierpnia 2017r. w wysokości 3106,80 zł wraz z odsetkami w wysokości 110,60 zł wskazując, iż nie przeprowadziła ona stosowanego postępowania celem ustalenia, czy niezdolność pracownika do pracy trwająca od 29 maja 2017r. otwiera nowy okres zasiłkowy (nie wystąpiła do lekarza leczącego ani do (...) ze stosownym zapytaniem). W efekcie doszło do nadpłaty świadczenia, zachodziły bowiem podstawy do zliczenia w przypadku M. A. (2) do jednego okresu zasiłkowego okresów: 12 grudnia 2016r. - 9 maja 2017r. i od 29 maja 2017r., co oznacza, że okres zasiłkowy kończył się 30 czerwca 2017r. (decyzja – k. 14 i nast. akt organu stanowiących załącznik do akt sprawy, zwanych dalej aktami zasiłkowymi).

(...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w M. wniosła odwołanie od tej decyzji wskazując, iż zatrudniała M. A. (2) na podstawie umowy krótkoterminowej w okresie 15 maja 2017r. – 14 sierpnia 2017r. i nie miała wiedzy o wcześniejszej jego niezdolności do pracy. Pracownik takiej informacji bowiem nie przekazał, nie przedstawił też świadectwa z poprzedniego miejsca pracy. Dodatkowo powołała się na orzecznictwo Sądu Najwyższego, w którym jako warunek żądania zwrotu świadczeń od płatnika wskazano brak podstaw do dochodzenia tego zwrotu od osoby, która świadczenie pobrała. (k. 3-4).

Organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania oraz zasądzenie od przeciwnika kosztów procesu wywodząc jak w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji. (k. 8-9).

M. A. (1), zawiadomiony o niniejszym postępowaniu, nie przystąpił do sprawy w charakterze zainteresowanego.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny.

M. A. (1) był zatrudniony w (...) spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w M. od 15 maja 2017r. do 14 sierpnia 2017r. Umowa uległa rozwiązaniu z upływem czasu, na jaki została zawarta.

Niesporne, nadto świadectwo pracy – k. 3 akt zasiłkowych

Od 29 maja 2017r. M. A. (1) pozostawał niezdolny do pracy.

Występująca z odwołaniem spółka wypłaciła mu za okres 29 maja 2017r. - 30 czerwca 2017r. wynagrodzenie chorobowe, a za okres 1 lipca 2017r. - 14 sierpnia 2017r. zasiłek chorobowy w kwocie 3106, 80 zł brutto.

W związku zaś z ustaniem zatrudnienia przekazała do (...) zaświadczenie płatnika składek dla celów zasiłkowych ((...)) wraz z zaświadczeniem lekarskim (...) o niezdolności M. A. (1) do pracy obejmującym okres 19 lipca 2017r. – 17 sierpnia 2018r.

Niesporne, nadto zaświadczenie (...) (...) akt zasiłkowych, zaświadczenie (...) – k. 1 i nast. akt zasiłkowych, karta zasiłkowa – k. 11 akt zasiłkowych

Decyzją z dnia 6 lutego 2018r. (...) w S. odmówił M. A. (1) prawa do zasiłku chorobowego za okres 1 lipca 2017r. - 15 września 2017r. Decyzja ta adresowana była wyłącznie do pobierającego świadczenie i nie została przez niego zaskarżona.

Niesporne, nadto decyzja – k. 13 akt zasiłkowych

Sąd zważył, co następuje.

Odwołanie okazało się uzasadnione.

Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, (t.j. Dz.U. 2017.1368), zwanej dalej ustawą zasiłkową, zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego. Zasiłek chorobowy stanowi świadczenie krótkookresowe. Przysługuje on przez okres trwania niezdolności do pracy z powodu choroby, nie dłużej jednak niż przez 182 dni, a jeżeli niezdolność do pracy spowodowana została gruźlicą albo gdy występuje w trakcie ciąży nie dłużej niż przez 270 dni. (art. 8 ustawy zasiłkowej). W myśl art. 9 ust. 1 i 2 ustawy zasiłkowej do okresu, o którym mowa w art. 8 ustawy – okresu zasiłkowego wlicza się wszystkie okresy nieprzerwanej niezdolności do pracy, a także okresy poprzedniej niezdolności do pracy, spowodowanej tą samą chorobą, jeżeli przerwa pomiędzy ustaniem poprzedniej, a powstaniem ponownej niezdolności do pracy nie przekraczała 60 dni. Jeżeli po wykorzystaniu 182 zasiłku chorobowego ubezpieczony pozostaje nadal niezdolny do pracy ma możliwość uzyskania innego krótkookresowego świadczenia z tego tytułu tj. świadczenia rehabilitacyjnego. Świadczenie to jednak jest przyznawane nie w oparciu o zaświadczenia (...) wystawiane przez lekarzy leczących ubezpieczonego, a w oparciu o orzeczenie lekarza orzecznika (...) lub komisji lekarskiej(...) (art. 18 ust. 6 ustawy zasiłkowej).

W niniejszej sprawie organ rentowy wskazywał, iż w przypadku M. A. (1) zachodziły podstawy do wliczenia do jednego okresu zasiłkowego dwóch rozdzielonych przerwą okresów niezdolności do pracy: 12 grudnia 2016r. – 9 maja 2017r. i trwającego od 29 maja 2017r., co skutkowało wyczerpaniem po jego stronie prawa do zasiłku chorobowego z dniem 30 czerwca 2017r. Tymczasem będąca adresatem decyzji spółka wypłacała świadczenie za dalszy okres aż do końca zatrudnienia wymienionego, co było wynikiem nieprzeprowadzenia właściwego postępowania przy ustalaniu uprawnień zasiłkowych.

Brak prawa M. A. (2) do zasiłku chorobowego za okres objęty żądaniem zwrotu świadczeń został rozstrzygnięty odrębną decyzją organu, której adresat nie zaskarżył. Decyzja ta była skierowana tylko do ubezpieczonego, ale już nie do płatnika składek. Organ również nie naprowadził dowodów na doręczenie jej płatnikowi. Rozważania na temat związania sądu wskazaną decyzją (której płatnik nie miał możliwości zaskarżyć) w niniejszym postępowaniu są jednak zbyt czyste, przyjęcie bowiem, iż pracownik nie miał prawa do zasiłku chorobowego po 30 czerwca 2017r. nie daje w realiach niniejszej sprawy podstaw do żądania od płatnika zwrotu wypłaconych świadczeń.

Kwestię zwrotu świadczeń z ubezpieczeń społecznych reguluje art. 84 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity Dz. U 2017.1778), zwanej dalej ustawą systemową. Zgodnie z art. 84 ust. 1 ustawy systemowej 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. Za kwoty nienależnie pobranych świadczeń uważa się świadczenia wypłacone mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty w całości lub w części, jeżeli osoba pobierająca świadczenia była pouczona o braku prawa do ich pobierania oraz 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 (art. 84 ust. 2 ustawy systemowej). W niniejszej sprawie organ nie wyjaśnił (i nie wykazał), która z dwóch sytuacji określonych we wskazanym przepisie miała miejsce, tymczasem sam brak prawa do świadczenia po stronie uprawnionego nie wystarcza do uznania je za nienależne, a w konsekwencji nie daje jeszcze podstaw do skutecznego dochodzenia jego zwrotu. Art. 84 ust. 1 ustawy systemowej przewiduje obowiązek zwrotu nienależnie pobranego świadczenia przez osobę, która je pobrała, w sposób oczywisty zatem nie znajduje zastosowania wobec odwołującej się spółki, ta bowiem świadczenie wypłaciła uprawnionemu. Jedynym przepisem przewidującym możliwość dochodzenia zwrotu nienależnie pobranych świadczeń od płatnika składek jest art. 84 ust. 6 ustawy systemowej, zgodnie z którym jeżeli pobranie nienależnych świadczeń zostało spowodowane przekazaniem przez płatnika składek lub inny podmiot nieprawdziwych danych mających wpływ na prawo do świadczeń lub na ich wysokość, obowiązek zwrotu tych świadczeń wraz z odsetkami, o których mowa w ust. 1, obciąża odpowiednio płatnika składek lub inny podmiot. Na ten przepis powołał się organ rentowy w odpowiedzi na odwołanie. Możliwość dochodzenia zwrotu wypłaconych świadczeń od płatnika składek przewidziana jest tylko w przypadku świadczeń nienależnie pobranych, a zatem spełniających warunki określone w art. 84 ust. 2 ustawy systemowej, gdy doszło do przekazania przez płatnika

nieprawdziwych danych lub innego wprowadzenia organu w błąd. Jak już wskazano, organ rentowy nie wykazał, by wypłacony M. A. (2) za okres 1 lipca 2017r. – 14 sierpnia 2017r. był świadczeniem nienależnym, co samodzielnie wyłącza uznanie decyzji za prawidłową. Obowiązek wykazania, że zachodzą podstawy do zwrotu świadczeń ciąży bowiem na organie rentowym. Nie zostało też w sprawie wykazane, by doszło do przekazania nieprawdziwych danych lub innego wprowadzenia organu przez spółkę w błąd. Co więcej organ w istocie w ogóle takiej okoliczności nie podnosił powołując się li tylko na uchybienia płatnika składek przy ustalaniu uprawnień do zasiłku po stronie pracownika. Tymczasem nieprawidłowe naliczenie czy wypłata świadczeń przez płatnika składek nie rodzą w świetle obowiązujących przepisów jeszcze obowiązku ich zwrotu.

Gdyby jednak nawet założyć, iż jest inaczej to i tak organ nie naprowadził dowodów na okoliczność nieprzeprowadzenia przez spółkę, będącą płatnikiem świadczeń, prawidłowego postępowania w celu ustalenia uprawnień do zasiłku. Z dokumentów w aktach zasiłkowych wynika, iż M. A. (1) był zatrudniony u adresatki decyzji od 15 maja 2017r. Stosunek pracy został nawiązany zatem już po okresie niezdolności tego ostatniego do pracy 12 grudnia 2016r. – 9 maja 2017r. Aby zatem w ogóle mówić o uchybieniach płatnika składek koniecznym byłoby wykazanie, iż miał on wiedzę o korzystaniu przez pracownika ze zwolnień lekarskich w okresie poprzedzającym zatrudnienie. Z akt organu nie wynika, by ten prowadził w tym zakresie jakiegokolwiek postępowanie. Również nie zostały na tę okoliczność zgłoszone dowody w toku procesu, choć w odwołaniu spółka (...) zaprzeczyła posiadaniu wskazanej wiedzy przy wypłacie świadczeń, w tym przedstawieniu przez pracownika świadectwa pracy za okres poprzedniego zatrudnienia. W aktach organu nie ma ani wydruku z systemu zaświadczenia lekarskiego M. A. (1) obejmującego okres od 29 maja 2017r. (z którego to wydruku wynikałoby, czy w zaświadczeniu wskazano kod A oznaczający niezdolność do pracy powstałą po przerwie nieprzekraczającej 60 dni /art. 57 ust. pkt 1 ustawy zasiłkowej/) ani informacji o przebiegu ubezpieczeń M. A. (1) przed 15 maja 2017r. (taka została przysłana na żądanie sądu, a wynika z niej, iż poprzednim płatnikiem składek – do 20 lutego 2017r. był inny niż wnosząca odwołanie podmiot – k. 38). Okoliczność, iż płatnik składek wypłacił wynagrodzenie za czas choroby za okres przypadający wcześniej niż po 30 dniach trwania stosunku pracy, samodzielnie nie wskazuje na wiedzę płatnika o poprzednim tytule ubezpieczenia i świadczeniach pobieranych przez pracownika po jego ustaniu. Określony w art. 4 ust. 1 pkt 1 ustawy zasiłkowej w zw. z art. 92 § 2 k.p. wymóg trzydziestodniowego nieprzerwanego ubezpieczenia nie dotyczy bowiem pewnych grup ubezpieczonych, w tym posiadających dziesięcioletni okres obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego (art. 4 ust. 3 pkt 3 ustawy zasiłkowej), który to warunek pracownik z uwagi na wiek (...) mógł z powodzeniem spełniać. W istocie zatem w ogóle nie wiadomo, na czym organ oparł stanowisko, iż płatnik składek zobligowany był podjąć działania mające na celu ustalenie biegu okresu zasiłkowego (przepisy ustawy zasiłkowej nie przewidują obowiązku zwracania się w przypadku każdego pierwszego zwolnienia pracownika do lekarza leczącego czy (...) o informację).

Mając na uwadze wszystko powyższe sąd na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. zmienił zaskarżoną decyzję ustalając, że płatnik nie ma obowiązku zwrotu świadczeń. Okoliczność, iż spółka domagała się w odwołaniu uchylenia decyzji (którego z wyjątkami określonymi w art. 477¹⁴ § 4 – 6 k.p.c. w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych przepisy procedury cywilnej nie przewidują) nie mogła skutkować oddaleniem odwołania. Wnoszący odwołanie występujący bez profesjonalnego pełnomocnika kwestionował (trafnie) prawidłowość decyzji, a jego intencją pozostawało uchylenie obowiązku zwrotu objętych nią świadczeń. Odwołanie pozostawało uzasadnione, to zaś obliowało sąd do zmiany decyzji zgodnie z art. 477¹⁴ § 2 k.p.c.

Wydane na podstawie art. 102 k.p.c. orzeczenie o kosztach ostatecznie okazało się zbędne. Po stronie spółki takie koszty bowiem nie powstały (nie zostały wykazane). Stający na rozprawie za spółkę profesjonalny pełnomocnik (który wnosił ostatecznie o zmianę decyzji) wystąpił o zwrot kosztów zastępstwa procesowego i ten wniosek warunkował objęcie orzeczeniem kosztów procesu. W zakreślonym terminie jednak nie zostało wykazane umocowanie stającego (przedstawione pełnomocnictwo obejmowało tylko jeden podpis członka zarządu spółki, w której jest reprezentacja łączna). Rodzi to konieczność pominięcia jego czynności, a w konsekwencji uznanie, iż spółka występowała samodzielnie. Tymczasowe dopuszczenie pełnomocnika do udziału w sprawie miało wpływ na nieobciążanie organu kosztami procesu (wniosek o koszty spółka zgłosiła skutecznie w odwołaniu), podobnie jak niewielki nakład jego pracy. Znaczenie miało i to, że w związku z wypłatą świadczeń M. A. (2) doszło do uszczuplenia środków

funduszu ubezpieczeń społecznych, działanie organu zatem, choć nieprawidłowe, podejmowane było w interesie ogółu ubezpieczonych.

ZARZĄDZENIE

1. (...)

2. (...)

3. (...)