

Sygn. akt: X U 243/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 czerwca 2017 r.

Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Śródmieścia we Wrocławiu X Wydział Pracy

i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący: SSR Agnieszka Chlipała - Koziol

Protokolant: Dorota Wabnitz

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 28 czerwca 2017 r. we W.

sprawy z odwołania wnioskodawcy **T. P.**

od decyzji strony pozwanej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.

z dnia 17.12.2014 r. znak: (...)

o zasiłek chorobowy

I. zmienia zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. z dnia 17.12.2014 r. (znak: (...)) i uchyla nałożony na T. P. obowiązek zwrotu zasiłku chorobowego wypłaconego W. M. za okres 3.02.2014 r. – 9.02.2014 r. na fundusz chorobowy w łącznej kwocie 642,51 zł;

II. orzeka, że koszty sądowe ponosi Skarb Państwa.

UZASADNIENIE

Wnioskodawca T. P. wniósł odwołanie od decyzji organu rentowego - Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W., z dnia 6 listopada 2014 r. znak (...) zobowiązującej go do zwrotu na fundusz chorobowy nienależnego świadczenia wypłaconego W. M., z tytułu zasiłku chorobowego za okres od 3 lutego 2012 r. do 9 lutego 2012 r. na fundusz chorobowy w kwocie 583,87 zł wraz z należnymi odsetkami w wysokości 58,64 zł, łącznie w kwocie 642,51 zł i domagał się jej zmiany w całości poprzez zwolnienie z obowiązku zwrotu świadczenia.

Uzasadniając odwołanie wnioskodawca podniósł, że organ rentowy postawił mu zarzut niedopełnienia obowiązku w postaci nieumieszczenia na zaświadczeniu lekarskim pacjenta kodu A, co dało podstawę do otwarcia nowego okresu zasiłkowego. Jednakże w jego ocenie postawienie tego kodu byłyby poświadczeniem nieprawdy, gdyż w dokumentacji wcześniejsze zwolnienia związane były z diagnozą zaburzenia depresyjne nawracające. Natomiast w spornym zaświadczeniu w polu diagnoza były wskazane zaburzenia adaptacyjne. Wydanie obu zaświadczeń było związane z innymi chorobami (należącymi do różnych kategorii diagnostycznych) dlatego nie można było wpisać kodu A. Podniósł, że opinia lekarza orzecznika, na którą powołuje się ZUS mówi o bliżej nie określonym związku pomiędzy niezdolnością do pracy, a nie mówi nic, że oba zaświadczenia związane były z tą samą chorobą (k. 2-v. 2).

Odpowiadając na odwołanie, organ rentowy wniósł o jego oddalenie z uwagi na brak podstaw prawnych do jego uwzględnienia.

Uzasadniając swoje stanowisko organ rentowy zarzucił, że wnioskodawca w dniu 18 grudnia 2013 r. wystawił zaświadczenie lekarskie W. M., (...) Seria (...) na okres od 11.12.2013 r. do 20.12.2013 r. W polu 16 nie umieścił kodu A, co dało podstawę do otwarcia nowego okresu zasiłkowego. Ponadto wnioskodawca w zaświadczeniu z dnia 19 grudnia 2013 r. wskazał, że zwolnienie z dnia 18 grudnia 2013 r. związane jest z inną jednostką chorobową, niż wcześniejsze zwolnienia.

W związku z powyższymi ustaleniami zakład pracy tj. (...) z siedzibą we W. zrealizowała W. M. wypłatę wynagrodzenia za czas choroby za okres od 11.12.2013 r. do 02.02.2014 r. i zasiłku chorobowego za okres od 03.02.2014 r. do 09.02.2014 r.

Organ rentowy decyzją z dnia 6 listopada 2014 r. znak: (...) zmienioną decyzją, z dnia 9 grudnia 2014 r. znak (...), odmówił W. M. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 13.12.2013 r. do 09.02.2014 r. Podstawą wydania powyższej decyzji była opinia Lekarza Orzecznika z dnia 31 grudnia 2014 r., z której wynika, że niezdolność do pracy od 27.11.2013 r. do 06.12.2013 r. pozostaje w związku z niezdolnością do pracy od 11.12.2013 r. do 20.12.2013 r. Tym samym brak było podstaw do otwarcia nowego okresu zasiłkowego od 11.12.2013 r. do 09.02.2014 r. Do wypłaty W. M. zasiłku chorobowego za okres os 3-9 lutego 2014 r. doszło więc w następstwie wprowadzenia przez wnioskodawcę w błąd organu rentowego poprzez nieumieszczenie na zwolnieniu lekarskim kodu A (k. 3-4).

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

Ubezpieczony W. M. był zatrudniony w (...) we W. i od dnia 10 czerwca 2013 r. do dnia 6 grudnia 2013 r. przebywał na długotrwałym zwolnieniu lekarskim z numerem statystycznym choroby F33. Wszystkie zaświadczenia lekarskie za ten okres były wystawiane przez wnioskodawcę T. P..

Ponownie na długotrwałym zwolnieniu lekarskim W. M. przebywał od dnia 11 grudnia 2013 r. do 9 lutego 2014 r. Zaświadczenie lekarskie za okres od 11-20 grudnia 2013 r. z numerem statystycznym choroby F43 zostało wystawione przez wnioskodawcę T. P.. Zaświadczenie nie zawierało w rubryce 16 oznaczenia kodowego A. Dalsze zwolnienia lekarskie za ten okres były wystawione przez innych lekarzy i miały numer statystyczny choroby F10.

W dniu 19 grudnia 2013 r. wnioskodawca T. P. wystawił zaświadczenie stwierdzające, że zwolnienie lekarskie L4 W. M. z dnia 18 grudnia 2013 r. na okres od 11-20 grudnia 2013 r. związane było z inną jednostką chorobową, niż wcześniejsze zwolnienia.

Za okres od 11 grudnia 2013 r. do 2 lutego 2014 r. W. M. otrzymał wynagrodzenie chorobowe od pracodawcy. Natomiast za okres od 3-9 lutego 2014 r. zasiłek chorobowy wypłacony przez organ rentowy w wysokości 583,87 zł.

Decyzją z dnia 16 listopada 2014 r. znak (...), zmienioną decyzją z dnia 9 grudnia 2014 r. znak (...) organ rentowy odmówił W. M. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 12 grudnia 2013 r. do 9 lutego 2014 r.

Dowody: Okoliczności bezsporne.

W okresie od 10 czerwca 2013 r. do 6 grudnia 2013 r. W. M. leczony był z powodu zaburzeń depresyjnych. Natomiast od 11 grudnia 2013 r. z powodu zaburzeń adaptacyjnych oraz uzależnienia od alkoholu, w związku z czym istniały podstawy do otwarcia od dnia 11 grudnia 2013 r. nowego okresu zasiłkowego dla W. M..

Dowody: Opinia biegłego sądowego z 06.11.2015 r. – karta 16-v. 16,

Opinia uzupełniająca biegłego sądowego z 18.01.2016 r. – karta 30,

Opinia uzupełniająca biegłego sądowego z 18.05.2017 r. – karta 112

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Odwołanie zasługiwało na uwzględnienie.

Zgodnie z art. 84 ust. 6 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 963 ze zm., zw. dalej ustawą systemową), 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.

Odpowiedzialność ta uzależniona jest od winy płatnika lub innego podmiotu, albowiem przekazywanie obiektywnie nieprawdziwych informacji uznaje się za czyn niedozwolony, a w tym wypadku konieczne jest stwierdzenie winy sprawcy. Przesłanką odpowiedzialności jest zatem wina płatnika lub innego podmiotu w niewykonaniu lub nienależytym wykonaniu przekazania organowi rentowemu wymaganych informacji, polegająca na niedochowaniu należytej staranności (vide wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 16 lutego 2017 r., III AUa 698/16, LEX nr 2256952).

Bezsporne w sprawie było, że w okresie od 10 czerwca 2013 r. do 6 grudnia 2013 r. ubezpieczony W. M. przebywał na długotrwałym zwolnieniu lekarskim. Od dnia 11 grudnia 2013 r. do 9 lutego 2014 r. W. M. przebywał na kolejnym długotrwałym zwolnieniu lekarskim.

Wbrew stanowisku organu rentowego, w świetle okoliczności faktycznych niniejszej sprawy nie można uznać, by do wypłaty W. M. zasiłku chorobowego za okres od 3-9 lutego 2014 r. doszło na skutek podania nieprawdziwych danych przez wnioskodawcę.

Wyjaśnienie spornych okoliczności sprawy wymagało wiedzy specjalistycznej z zakresu psychiatrii, Sąd Rejonowy dopuścił zatem dowody z opinii biegłego psychiatry na okoliczność czy zaświadczenie wystawione przez T. P. W. M., niezawierające kodu A, było prawidłowe, a tym samym – czy były podstawy do otwarcia nowego okresu zasiłkowego ubezpieczonemu W. M.. Wobec zastrzeżeń składanych przez organ rentowy, Sąd zdecydował o dopuszczeniu dowodu z opinii innego lekarza psychiatry. Wobec wydania przez dwóch biegłych sądowych sprzecznych opinii, Sąd na skutek zastrzeżeń wnioskodawcy dopuścił również dowód z opinii trzeciego biegłego.

Z treści opinii dwóch z trzech powołanych w sprawie biegłych psychiatrów wynika, że istniały podstawy do otwarcia W. M. od dnia 11 grudnia 2013 r. nowego okresu zasiłkowego.

Z opinii biegłych wynika, że pierwszy okres zasiłkowy był spowodowany zdiagnozowanymi u W. M. zaburzeniami depresyjnymi (nr statystyczny choroby F33). Jednocześnie podczas wizyty 5 grudnia 2013 r. lekarz psychiatra, uznał, że nie ma przeciwwskazań do powrotu do pracy W. M. i nie kontynuowano dalszego zwolnienia lekarskiego. W. M. zgłosił się jednak do lekarza w dniu 18 grudnia 2013 r. i wówczas wnioskodawca rozpoznał u niego zaburzenia adaptacyjne (nr statystyczny choroby F43) oraz uzależnienie od alkoholu (nr statystyczny choroby F10). Zaburzenia depresyjne są jednak inną jednostką chorobową niż zaburzenia adaptacyjne i wynikające z nadużywania alkoholu. Zaświadczenie lekarskie z dnia 18 grudnia 2013 r. wystawione przez wnioskodawcę było więc prawidłowe, a więc nie zawierało nieprawdziwych danych.

Zgodnie z art. 57 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 376 ze zm., zw. dalej ustawą zasiłkową), kod A oznacza niezdolność do pracy powstałą po przerwie nieprzekraczającej 60 dni – spowodowana tą samą chorobą, która była przyczyną niezdolności do pracy przed przerwą.

W niniejszym przypadku zaistniała między okresami niezdolności do pracy W. M. krótsza przerwa niż 60 dni, wynosiła ona bowiem 4 dni. W świetle opinii biegłych stwierdzić jednak należało, że niezdolność do pracy po tej przerwie spowodowana była inną chorobą, niż ta, która była przyczyną zwolnień lekarskich W. M. przed przerwą.

Sąd dokonał ustaleń stanu faktycznego na podstawie dokumentacji zgromadzonej w aktach ZUS i aktach przedmiotowej sprawy, które zostały sporządzone przez podmioty profesjonalne i uprawnione, oraz których autentyczność nie była kwestionowana przez żadną ze stron.

Ustalając stan faktyczny niniejszej sprawy Sąd oparł się na opiniach biegłych I. W. oraz A. G.. W ocenie Sądu, wydane w sprawie opinie biegłych są rzetelne, racjonalne, wewnątrznie spójne, logiczne, oparte na dokumentacji zgromadzonej w aktach sprawy i Sąd w pełni podzielił dokonane w nich ustalenia.

Opinia biegłego sądowego podlega ocenie przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c. – na podstawie właściwych dla jej przymiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażanych w niej wniosków. Warto tutaj przytoczyć pogląd Sądu Najwyższego ujęty w wyroku z dnia 19 grudnia 1990 r. (I PR 148/90, OSP 1991/11/300) stwierdził, iż „Sąd może oceniać opinię biegłego pod względem fachowości, rzetelności czy logiczności. Może pomijać oczywiste pomyłki czy błędy rachunkowe. Nie może jednak nie podzielać poglądów biegłego, czy w ich miejsce wprowadzać własnych stwierdzeń”.

Zdaniem Sądu, brak jest podstaw do zanegowania wyrażonego w opiniach stanowiska biegłych. Wydane opinie zawierają pełne i jasne uzasadnienie, uwzględniające rozpoznane u W. M. schorzenia i stopień ich nasilenia po przeprowadzonym leczeniu. Sporządzonym przez biegłych opiniom nie można odmówić rzetelności i fachowości co do medycznej oceny stanu zdrowia W. M., w odniesieniu do obowiązujących przepisów.

Zgodnie z art. 286 k.p.c. Sąd może zażądać ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie, może też w razie potrzeby zażądać dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych. Samo niezadowolenie stron z opinii biegłych nie uzasadnia jednak zażądania dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych. To Sąd, w ramach zastrzeżonej dla niego swobody, decyduje, czy ma możliwość oceny dowodu w sposób pełny i wszechstronny, czy jest w stanie prześledzić jego wyniki oraz - mimo braku wiadomości specjalnych - ocenić rozumowanie, które doprowadziło biegłego do wydania opinii. Sąd czyni to zapoznając się z całością opinii, tj. z przedstawionym w niej materiałem dowodowym, wynikami badań przedmiotowych i podmiotowych. Wszystko to, a nie tylko końcowy wniosek opinii, stanowi przesłanki dla uzyskania przez sąd podstaw umożliwiających wyjaśnienie sprawy. Z tego też względu zastosowanie art. 286 k.p.c. pozostawione jest uznaniu sądu.

Przy ustalaniu stanu faktycznego Sąd nie uwzględnił natomiast wniosków opinii biegłej J. B., albowiem była ona odosobniona i pozostawała w sprzeczności z pozostałymi opiniami biegłych Wprawdzie biegła A. G. początkowo wyraziła opinię zbieżną z opinią biegłej J. B., jednakże ostatecznie na skutek uzasadnionych merytorycznie zarzutów wnioskodawcy, podzieliła podgląd wyrażony przez biegłą I. W..

Sąd nie uwzględnił zastrzeżeń organu rentowego do opinii uzupełniającej biegłej A. G. i oddalił wniosek o przeprowadzenie dowodu z kolejnej opinii biegłego sądowego, albowiem dotychczasowe opinie w sposób pełny i wyczerpujący odpowiedziały na zadane biegłym pytania.

Niezależnie od powyższego szczególnie podkreślić należy, że w niniejszej sprawie okoliczność, czy po przerwie ubezpieczony był niezdolny do pracy z powodu tej samej, czy innej choroby, nie była dla specjalistów – trzech biegłych sądowych z zakresu psychiatrii - jednoznaczna. Dwie biegłe podzieliły stanowisko wnioskodawcy, jedna z biegłych podzieliła zaś stanowisko prezentowane przez orzeczników ZUS. Biegłe nie były zatem zgodne co do istnienia podstaw do otwarcia nowego okresu zasiłkowego dla W. M.. Z uwagi na stopień skomplikowania zagadnień medycznych oraz na aktualny stan wiedzy z tego zakresu, diagnozowanie rodzajów schorzeń nie zawsze prowadzi specjalistów do uzyskania jednoznacznych rezultatów i niejednokrotnie wiąże się z dokonywaniem przez nich ocen. W niniejszej sprawie wnioskodawca przeprowadzał bezpośrednie badania swojego pacjenta W. M. na podstawie wyników badań i posiadanej wiedzy medycznej doszedł do wniosku, że schorzenia pacjenta przed przerwą i po niej nie były tożsame. Zdaniem Sądu w tych okolicznościach nie sposób uznać, by wnioskodawca, dokonując odmiennej oceny medycznej i przyjmując odmienne stanowisko niż to, które zajął później lekarz orzecznik ZUS, działał celowo z zamiarem

podania nieprawdziwych danych odnośnie zdiagnozowanego schorzenia, co mogło umożliwić otwarcie nowego okresu zasiłkowego W. M. i dalsze wypłacanie mu świadczeń chorobowych, w tym zasiłku chorobowego za okres od 3-9 lutego 2014 r. Nie sposób przypisać wnioskodawcy winy ani zamiaru podania nieprawdziwych informacji. Nie sposób również uznać podanych przez niego informacji za obiektywnie nieprawdziwe. Nawet gdyby zatem tylko jeden z trzech powołanych specjalistów uznał stanowisko wnioskodawcy za prawidłowe, nie byłoby zdaniem Sądu podstaw do uznania, że T. P. podał nieprawdziwe informacje organowi rentowemu.

Mając powyższe na uwadze, Sąd w pkt. I sentencji wyroku na mocy przepisu art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. zmienił zaskarżoną decyzję organu rentowego w ten sposób, że uchylił nałożony na wnioskodawcę obowiązek zwrotu zasiłku chorobowego wraz z odsetkami wypłaconego W. M. za okres od 3-9 lutego 2014 r. na fundusz chorobowy w łącznej kwocie 642,51 zł.

W punkcie II sentencji wyroku nieuiszczonymi kosztami sądowymi w postaci opłaty od pozwu, Sąd na podstawie art. 113 ust. 1 w zw. z art. 36 ustawy z 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 623 ze zm.) obciążył Skarb Państwa, gdyż strony postępowania zwolnione były od obowiązku ich poniesienia z mocy art. 94 i art. 96 ust. 1 pkt 4 w/w ustawy.

Mając powyższe na uwadze, Sąd orzekł jak w sentencji wyroku.