

Sygn. akt: X U 723/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 października 2017 r.

Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Śródmieścia we Wrocławiu X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych
w składzie:

Przewodniczący: SSR Agnieszka Chlipała - Koziol

Protokolant: Katarzyna Kunik

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 6 października 2017r. we W.

sprawy z odwołania **B. S.**

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.

z dnia 27 października 2016 znak (...)

o zasiłek chorobowy

I. zmienia zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. z dnia 27 października 2016 znak (...) w ten sposób, że uchyla nałożony na wnioskodawczynię B. S. obowiązek zwrotu nienależnego świadczenia wypłaconego K. G. z tytułu zasiłku chorobowego za okres od 21.07.2016 r. do 31.07.2016 r. na fundusz chorobowy w łącznej kwocie 834,43 zł;

II. orzeka, że koszty sądowe ponosi Skarb Państwa.

UZASADNIENIE

Wnioskodawczyni B. S. wniosła odwołanie od decyzji organu rentowego - Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. z 27 października 2016 r. znak (...) - (...), zobowiązującej ją do zwrotu nienależnego świadczenia wypłaconego K. G. z tytułu zasiłku chorobowego za okres od 21.07.2016 r. do 31.07.2016 r. na fundusz chorobowy w kwocie 820,38 zł wraz z należnymi odsetkami w wysokości 14,05 zł – łącznie: 834,43 zł.

Uzasadniając odwołanie wnioskodawczyni podniosła, że do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego jest zobowiązana osoba, która to świadczenie pobrała i w związku z powyższym niezasadne jest żądanie jego zwrotu od niej jako lekarza. Ponadto wskazała, że sam brak wpisu kodu A na zaświadczeniu lekarskim nie spowodował błędnego wypłacenia zasiłku tym bardziej, że przekazane organowi rentowemu zaświadczenie zawierało numer statystyczny choroby i ZUS mógł zweryfikować odpowiednio wcześniej czy okres zasiłkowy jest ustalony prawidłowo.

Wnioskodawczyni wskazała, że organ rentowy nie zakwestionował żadnego z wystawionych przez nią zaświadczeń lekarskich, pomimo, że były one przekazywane do ZUS przez przychodnię w terminie tygodnia od wystawienia. Nigdy też nie zwrócono się do niej o złożenie wyjaśnień ani uzupełnienie zwolnień, pomimo powtarzającego się numeru statystycznego choroby, który był zgodny z numerem choroby na jaką chorował K. G.. W ocenie wnioskodawczyni, zaniechania organu rentowego w zakresie kontroli prawidłowości wystawiania zaświadczeń lekarskich w równym stopniu przyczyniły się do błędnego ustalenia okresu zasiłkowego przez zakład pracy (k. 3-6).

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 wnioskodawczyni orzekła niezdolność do pracy Pana K. G. zaświadczeniem lekarskimi za okres od 21.12.2015 r. do 31.12.2015 r. ((...): seria (...)), a następnie po przerwie nieprzekraczającej 60 dni, wystawiła zaświadczenia lekarskie (...):

1. w dniu 02.02.2016 r., na okres od 01.02.2016 r. 13.02.2016 r. (seria (...));
2. w dniu 12.02.2016 r., na okres od 14.02.2016 r. do 29.02.2016 r. (seria (...));
3. w dniu 29.02.2016 r., na okres od 01.03.2016 r. do 11.03.2016 r. (seria (...)).

W oświadczeniach lekarskich za okres od 01.02.2016 r. do 11.03.2016 r., odwołująca się nie umieściła kodu A, przez co wskazała, że wyżej wymieniony okres niezdolności do pracy daje podstawę do otwarcia nowego okresu zasiłkowego od dnia 01.02.2016 r.

Z uwagi na powyższe zakład pracy, czyli (...) S.A. z siedzibą we W. zrealizował wypłatę wynagrodzenia za czas choroby dla K. G. zgodnie z art. 92 Kodeksu pracy za okres od 01.02.2016 r. do 04.03.2016 r. oraz zasiłku chorobowego od 05.03.2016 r. do 11.03.2016 r.

Decyzją z 19 października 2016 r. odmówiono ubezpieczonemu K. G. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 21-31.07.2016 r. w związku z wykorzystaniem od 21.12.2015 r. do 31.12.2015 r. oraz od 01.02.2016 r. do 20.07.2016 r. okresu zasiłkowego w wymiarze 182 dni. Podstawą wydania decyzji był fakt, że niezdolność do pracy od 21.12.2015 r. do 31.12.2015 r. i od 01.02.2016 r. do 11.03.2016 r. zostały orzeczone przez odwołującą się na tą samą jednostkę chorobową i powstały po przerwie nieprzekraczającej 60 dni, tym samym brak było podstaw do otwarcia okresu zasiłkowego od 01.02.2016 r.

Do wypłaty zasiłku chorobowego za okres od 21-31.07.2016 r. dla K. G. doszło w następstwie wprowadzenia przez odwołującą się w błąd zakładu pracy, poprzez nieumieszczenia na zwolnieniach lekarskich (...) za okres od 01.02.2016 r. do 11.03.2016 r. kodu A (k. 7-8).

Postanowieniem z 17 sierpnia 2017 r. Sąd z urzędu zawiadomił K. G. o toczącym się postępowaniu i możliwości przystąpienia do sprawy w charakterze zainteresowanego (k. 26).

Postanowienie zostało doręczone K. G. 18 września 2017 r. (k. 34).

K. G. nie przystąpił do udziału w sprawie (bezsporne).

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny

Wnioskodawczyni B. S. wykonuje zawód lekarza. Jej pacjentem jest ubezpieczony K. G..

Wnioskodawczyni wystawiła K. G. między innymi następujące zwolnienia lekarskie:

1. (...) seria (...) na okres od 21-31 grudnia 2015 r. z kodem choroby M54,
2. (...) seria (...) na okres od 1-13 lutego 2016 r. z kodem choroby M54.

Na egzemplarzu dla pracodawcy oraz pacjenta nie widnieje kod choroby. Jest on widoczny natomiast na egzemplarzu dla ZUS. W zwolnieniu lekarskim za okres 1-13 lutego 2016 r., wystawionym po miesięcznej przerwie od poprzedniego zwolnienia lekarskiego, wnioskodawczyni nie zamieściła w rubryce 16 kodu: A. Organ rentowy nie wzywał wnioskodawczyni do wyjaśnień, poprawy lub uzupełnienia zwolnień lekarskich wystawionych K. G., pomimo, że wskazany przez nią na zwolnieniach kod choroby był tożsamy.

Po dniu 13 lutego 2016 r. dalsze zwolnienia lekarskie były wystawiane bez żadnej przerwy.

Z dniem 1 lutego 2016 r. został otwarty dla K. G. nowy okres zasiłkowy i z tego tytułu została dokonana stosowna wypłata należnych mu świadczeń za okres od 1 lutego 2016 r. do 31 lipca 2016 r.

Decyzją z 8 września 2016 r. znak: 470100/603/CW/221709/2016-ZAS, organ rentowy odmówił K. G. prawa do zasiłku chorobowego za okres 1-8 sierpnia 2016 r. z uwagi na wykorzystanie pełnego okresu zasiłkowego 182 dni z dniem 20 lipca 2016 r.

Decyzją z 19 października 2016 r. organ rentowy odmówił K. G. prawa do zasiłku chorobowego za okres 21-31 lipca 2016 r. W uzasadnieniu decyzji organ wskazał, że zwolnienia lekarskie za okres od 21-31 grudnia 2015 r. oraz od 1-13 lutego 2016 r. zostały wystawione na tę samą jednostkę chorobową. Zatem przerwa pomiędzy zwolnieniami nie przekraczała 60 dni dlatego należy zaliczyć je do jednego okresu zasiłkowego liczonego od 21 grudnia 2015 r. Z tego względu 182 dni okresu zasiłkowego minęło nie 31 lipca 2016 r. lecz 20 lipca 2016 r.

Dowody: bezsporne, a ponadto wyjaśnienia wnioskodawczyni

Sąd Rejonowy zważył co następuje.

Odwołanie zasługiwało na uwzględnienie.

Stosownie do art. 84 ust. 6 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1778 ze zm.), 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.

Natomiast zgodnie z art. 84 ust. 2 ustawy, 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.

Na organie rentowym spoczywał ciężar wykazania zarówno zaistnienia prawem przewidzianego stanu wypłaty nienależnych świadczeń, jak i wystąpienia przesłanek wskazanych w art. 84 ust. 2 w/w ustawy, w szczególności wykazania, że świadczenia zostały wypłacone na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzania w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia.

Podkreślenia wymaga, że uznanie wypłaconego świadczenia za nienależnie pobrane w rozumieniu art. 84 ust. 2 pkt 2 u.s.u.s. wymaga stwierdzenia świadomości (winy) osoby, która przedstawia nieprawdziwe zeznania, fałszywe dokumenty albo w inny sposób wprowadza w błąd organ rentowy. Zatem nie każde świadczenie, które nie powinno być wypłacone jest świadczeniem nienależnie pobranym w rozumieniu art. 84 ust. 1 ustawy.

Przekładając to na stan faktyczny niniejszej sprawy nie sposób przyjąć, by do wypłaty spornego świadczenia doszło na skutek przekazania przez odwołującą się nieprawdziwych danych. Jak wskazał Sąd Apelacyjny w Rzeszowie w wyroku z 24 czerwca 2015 r. (sygn. III AUa 206/15 – publ. portal orzeczeń SAwR), określenie „nieprawdziwe” oznacza tyle co niezgodne ze stanem faktycznym, zmyślane i pozbawione cech rzeczywistości. Zatem w pojęciu tym nie mieszczą się dane niekompletne. Tymczasem z ustaleń faktycznych dokonanych w niniejszej sprawie wynika, że odwołująca się nie wpisując w zwolnieniu lekarskim po zaistniałej przerwie kodu A, nie podała danych nieprawdziwych, tylko niekompletne. Z wiarygodnych wyjaśnień ubezpieczonej wynika, że doszło do tego na skutek przeoczenia spowodowanego ilością pracy, nie zaś świadomego i celowego działania. Co więcej - w kolejnych zwolnieniach

wskazywała ten sam numer statystyczny choroby, przez co organ rentowy miał podstawy i możliwość wyjaśnienia braku kodu A w treści zwolnień. Podkreślenia wymaga, że wnioskodawczyni nie wypisywała do zaświadczenia kodów chorób, na jakie ubezpieczony nie cierpiał, ani nie fałszowała w żaden inny sposób sporządzanej dokumentacji medycznej.

Należy przy tym wskazać, że na podstawie art. 57 ust. 1 i art. 59 ustawy z 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1368), organ rentowy ma prawo badać prawidłowość orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich. Kontrolę tą sprawują lekarze orzecznicy ZUS, którzy w tym celu mogą przeprowadzić badanie lekarskie ubezpieczonego w wyznaczonym miejscu lub w miejscu jego pobytu; skierować ubezpieczonego na badanie specjalistyczne przez lekarza konsultanta ZUS; zażądać od wystawiającego zaświadczenie lekarskie udostępnienia dokumentacji medycznej dotyczącej ubezpieczonego stanowiącej podstawę wydania zaświadczenia lekarskiego lub udzielenia wyjaśnień i informacji w sprawie. Należy wskazać, że zwolnienia lekarskie były przekazywane do organu rentowego co tydzień, a zatem organ rentowy miał możliwość na bieżąco skontrolowania poprawności dokumentów. Tym czasem organ rentowy w przewidziany trybie ani nie zakwestionował żadnego z zaświadczeń wystawionych przez odwołującą się, ani też nie domagał się od niej jakichkolwiek wyjaśnień, przedłożenia lub uzupełnienia dokumentacji. Trzeba mieć na uwadze, że w druku zwolnienia lekarskiego wystawionego przed miesięczną przerwą, jak i w tym wystawionym po przerwie był wskazany ten sam nr statystyczny choroby M54, co powinno wzbudzić wątpliwość organu rentowego odnośnie zaistnienia przerwy w okresie zasiłkowym. Skoro więc organ rentowy nie wyczerpał drogi kontroli w zakresie prawidłowości wystawiania zaświadczeń lekarskich, to w tej sytuacji brak jest podstaw do zastosowania wobec odwołującej się art. 84 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Obowiązkiem organu rentowego jest bowiem zgromadzenie kompletnej dokumentacji umożliwiającej wydanie decyzji w sprawie. Natomiast stwierdzając brak tej kompletności powinien podjąć niezbędne działania, których w niniejszej sprawie zaniechał.

Zdaniem Sądu Rejonowego nie można zapominać, że głównym obowiązkiem lekarzy jest leczenie pacjentów. Nałożony na lekarzy ustawowo obowiązek wskazywania w dokumentacji medycznej symboli ułatwiających pracę organowi rentowemu ma charakter dodatkowy, choć nie ulega wątpliwości, że lekarze są zobowiązani do zachowania należytej staranności przy jego wykonywaniu. Obciążanie lekarzy finansowymi konsekwencjami omyłkowego niekompletnego, wypełnienia dokumentacji, przy jednoczesnej bierności ze strony organu rentowego, w szczególności gdy omyłka ma charakter incydentalny, nie polega na jakimkolwiek zafałszowaniu obrazu choroby pacjenta i mogła być przez organ rentowy dostrzeżona i poprawiona, nie znajduje zatem żadnego uzasadnienia prawnego ani aksjologicznego.

Stan faktyczny w niniejszej sprawie był w zasadzie bezsporny, ustalony w oparciu o dowody z dokumentów znajdujących się w aktach organu rentowego, które nie były kwestionowane przez żadną ze stron. Sąd uznał za wiarygodne również wyjaśnienia ubezpieczonej, które spójnie korespondowały ze zgromadzonym w sprawie materiałem dowodowym, a także były wiarygodne w świetle zasad doświadczenia życiowego.

Biorąc pod uwagę, dokonane powyżej ustalenia i przeprowadzone rozważania, w punkcie I sentencji wyroku, Sąd na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. zmienił zaskarżoną decyzję.

Orzeczenie o kosztach, jak w pkt II sentencji wyroku, znajduje uzasadnienie w treści art. 98 ustawy z 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t. j. Dz. U. z 2016 r., poz. 623 ze zm.), zgodnie z którym w toku postępowania w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych wydatki ponosi Skarb Państwa.

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