

Sygn. akt VU 40/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 13 lipca 2018 roku

Sąd Rejonowy w Rybniku, V Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący: SSR Wiesław Jakubiec

Sędziowie/Ławnicy: -/-

Protokolant : Tomasz Kałuża-Herok

po rozpoznaniu w dniu 13 lipca 2018 roku w Rybniku

na rozprawie

sprawy L. B. (1)

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R.

o świadczenie rehabilitacyjne

na skutek odwołania L. B. (1)

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R.

z dnia 13 grudnia 2017 roku

sygn. (...)/ (...)(...) nr sprawy: (...)

1. zmienia zaskarżoną decyzję w ten sposób, że zobowiązuje ubezpieczoną L. B. (2) do zwrotu nienależnie pobranego świadczenia rehabilitacyjnego w kwocie 2.485,20 zł (dwa tysiące czterysta osiemdziesiąt pięć złotych dwadzieścia groszy);

2. w pozostałym zakresie oddala odwołanie.

Sygn. Akt V U 40/18

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 13 grudnia 2017 roku, znak (...)(...), nr sprawy (...), Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R. pozbawił ubezpieczoną L. B. (1) prawa do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 5 października 2017 roku do 30 listopada 2017 roku, odmówił prawa do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 1 grudnia 2017 roku do 2 stycznia 2018 roku oraz zobowiązał ją do zwrotu nienależnie pobranego świadczenia rehabilitacyjnego wraz z odsetkami w łącznej kwocie 4752,86 zł za okres od 5 października 2017 roku do 30 listopada 2017 roku. W uzasadnieniu organ rentowy wskazał, iż wypłacone świadczenie jest nienależne, bo 15 października 2017 roku ubezpieczona została zgłoszona do ubezpieczenia społecznego z tytułu umowy o pracę z (...) SA a dodatkowo w dniu 5 września 2017 roku zostało wystawione zawiadomienie o skierowaniu na rehabilitację leczniczą od 4 listopada 2017 roku, na którą ubezpieczona się nie zgłosiła. Podjęcie zatrudnienia nastąpiło w czasie niezdolności do pracy, zatem ubezpieczona utraciła prawo do zasiłku chorobowego. (vide: akta organu rentowego)

W odwołaniu od decyzji ubezpieczona wniosła o przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 5 października 2017 roku do 2 stycznia 2018 roku i zwolnienie obowiązku zwrotu świadczenia wraz z odsetkami w łącznej kwocie 4752,86 zł. Podniosła, że organ naruszył przepisy postępowania administracyjnego dotyczące terminów. Ubezpieczona nie dostała decyzji w ustawowym terminie a była w trudnej sytuacji życiowej i wobec konieczności spłaty kredytu hipotecznego była zmuszona podjąć jakąkolwiek działalność zarobkową. Co więcej, organ mając informację o tym, że została zgłoszona do ubezpieczeń społecznych dwukrotnie dokonał wypłaty świadczenia, więc ubezpieczona nie ponosi żadnej winy w tym, że organ dokonał wypłaty. Z ostrożności procesowej ubezpieczona kwestionowała także wysokość żądanej kwoty oraz podkreśliła, że podjęła pracę dopiero 15 października a zasiłek obejmował okres od 5 października. (vide: k. 2-6)

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie podtrzymując wcześniejsze twierdzenia. (vide k. 10-11)

Sąd ustalił, co następuje:

Ubezpieczona L. B. (1) była zatrudniona w (...) Finanse – Towarzystwo w G. do 8 kwietnia 2017 roku. W okresie m. in. od 9 kwietnia 2017 roku była niezdolna do pracy z powodu choroby i z tego tytułu Oddział ZUS dokonał wypłaty zasiłku chorobowego. Ubezpieczona pobierała zasiłek chorobowy za okres do 4 października 2017 roku.

Okoliczności bezsporne.

Dnia 18 sierpnia 2017 roku ubezpieczona złożyła wniosek o świadczenie rehabilitacyjne. Na wniosku znajdowało się pouczenie, iż za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia świadczeni rehabilitacyjne nie przysługują w razie podjęcia lub kontynuowania działalności zarobkowej stanowiącej tytuł do objęcia obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym albo zapewniającej prawo do świadczeń za okres niezdolności do pracy z powodu choroby. Ubezpieczona zobowiązała się poinformować podmiot wypłacający świadczenie rehabilitacyjne o wszelkich zmianach podanych danych.

Dowód: wniosek o świadczenie rehabilitacyjne z 18 sierpnia 2017 roku – akta organu rentowego.

W orzeczeniu z dnia 5 września 2017 roku lekarz orzecznik wskazał, iż w związku z rokowaniem odzyskania zdolności do pracy, istnieją okoliczności uzasadniające ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 3 miesięcy licząc od daty wyczerpania zasiłku chorobowego. ZUS pismem z dnia 5 września 2017 roku zawiadomił także ubezpieczoną o skierowaniu na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS do ośrodka (...) na turnus od 4 listopada 2017 roku trwający 24 dni kalendarzowe. Ubezpieczona odebrała egzemplarz orzeczenia oraz zawiadomienia tego samego dnia.

Dowód: orzeczenie lekarza orzecznika z 5 września 2017 roku – akta organu rentowego.

Z dniem 15 października 2017 roku ubezpieczona podjęła pracę w (...) Banku (...) S.A. i została zgłoszona do ubezpieczenia społecznego z tego tytułu. Ubezpieczona nie stawiała się na turnus rehabilitacyjny.

Okoliczności bezsporne.

Kwoty przysługujące ubezpieczonej tytułem świadczenia rehabilitacyjnego wynosiły: 2236,68 z; brutto za okres od 5 do 31 października 2016 roku oraz 2485,20 zł brutto za okres od 1 do 30 listopada 2017 roku. Organ rentowy dnia 24 października 2017 roku wypłacił ubezpieczonej kwotę 1833,68 zł, wskazując w tytule przelewu „świadczenie ZUS (...). 05-31.10.2017”. Następnie, 23 listopada 2017 roku wypłacił kwotę 2038,20 zł w tytule podając „świadczenie ZUS (...). 01-30.11.2017”. Świadczenia wypłacone zostały na rachunek bankowy prowadzony wspólnie przez ubezpieczoną i jej męża. Ubezpieczona w październiku 2017 roku nie zorientowała się, że na rachunek bankowy wpłynęły środki tytułem świadczenia rehabilitacyjnego.

Dowód: potwierdzenia operacji bankowych k. 7-8, karta zasiłkowa – akta organu rentowego, przesłuchanie ubezpieczonej k. 23v-24.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych decyzją z dnia 11 października 2017 roku przyznał ubezpieczonej prawo do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 5 października 2017 roku do 2 stycznia 2018 roku w wysokości 90% podstawy wymiaru. Decyzja ta na skutek błędu organu została przesłana ubezpieczonej dopiero wraz z pismem wyjaśniającym okoliczności spóźnienia datowanym na 7 lutego 2018 roku.

Dowód: decyzja z 11 października 2017 roku, znak (...) - (...), pismo z 7 lutego 2018 roku – akta organu rentowego.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o zgromadzony w sprawie materiał dowodowy w postaci ww. dokumentów, których prawdziwości strony nie kwestionowały, w oparciu o dowód z przesłuchania stron ograniczony do przesłuchania ubezpieczonej, który wraz z dowodami z dokumentów tworzy spójny i logiczny obraz przedstawiający stan faktyczny sprawy.

Sąd zważył, co następuje:

Odwołanie ubezpieczonej jedynie częściowo zasługuje na uwzględnienie.

Zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 25 czerwca 1999 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 372) 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.

Na podstawie art. 22 do świadczenia rehabilitacyjnego stosuje się odpowiednio przepisy art. 11 ust. 4 i 5, art. 12, art. 13 ust. 1, art. 15 i 17.

W myśl art. 13 ust. 1 pkt 2 zasiłek chorobowy z tytułu niezdolności do pracy powstałej w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego, jak i z tytułu niezdolności do pracy powstałej po ustaniu tytułu ubezpieczenia nie przysługuje za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli osoba niezdolna do pracy kontynuuje działalność zarobkową lub podjęła działalność zarobkową stanowiącą tytuł do objęcia obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym albo zapewniającą prawo do świadczeń za okres niezdolności do pracy z powodu choroby.

Z mocy art. 17 ust. 1 ubezpieczony wykonujący w okresie orzeczonej niezdolności do pracy pracę zarobkową lub wykorzystujący zwolnienie od pracy w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia traci prawo do zasiłku chorobowego za cały okres tego zwolnienia.

Ubezpieczona bezspornie podjęła działalność zarobkową w okresie niezdolności do pracy, w którym uprawniona była do świadczenia rehabilitacyjnego. Co więcej, mimo tego, że otrzymała zawiadomienie o skierowaniu na rehabilitację leczniczą, nie stawiała się w wyznaczonym ośrodku. Celem pobytu leczniczego było szybsze odzyskanie zdolności do pracy, ubezpieczona rezygnując z niego wykorzystwała świadczenie rehabilitacyjne niezgodnie z jego celem. Tym samym ubezpieczona utraciła prawo do świadczenia za cały jego okres, a nie jak wskazuje od momentu podjęcia pracy.

Jak stanowi przepis art. 84 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych z dnia 13 października 1998 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 963) osoba, która pobrała nienależne świadczenie z ubezpieczeń społecznych, jest obowiązana do jego zwrotu, wraz z odsetkami, w wysokości i na zasadach określonych przepisami prawa cywilnego, z uwzględnieniem ust. 11.

Na podstawie art. 84 ust. 2 ustawy systemowej, 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 wprowadzenia w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia.

W orzecznictwie dotyczącym problematyki zwrotu nienależnie pobranych świadczeń słusznie przyjmuje się, że 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. Podstawowym zatem warunkiem uznania, że wypłacone świadczenie podlega zwrotowi w myśl przepisu art. 84 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych 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 (zob. wyr. Sądu Najwyższego z dnia 2 grudnia 2009 r., I UK 174/09, LEX nr 585709).

Jednocześnie, w każdym przypadku, czyli nawet w przypadku ewentualnego podania przez odwołującego nieprawdziwych danych, organ rentowy jako organ administracji publicznej odpowiedzialny za wypłatę świadczeń z ubezpieczeń społecznych – nie jest zwolniony z dokładnego, merytorycznego zbadania kierowanej do niego dokumentacji (zob. wyr. Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 16 stycznia 2014 r., III AUa 883/13, LEX nr 1425424). Na organie rentowym ciąży bezwzględny obowiązek podjęcia wszelkich możliwych działań mających na celu wypłatę jedynie świadczeń należnych. Działania te obejmują właściwe pouczenie ubezpieczonego o braku prawa do pobierania świadczenia oraz rzetelne rozpatrzenie indywidualnej sprawy ubezpieczonego, tj. ustalenia czy i w jakiej wysokości świadczenie rzeczywiście przysługuje.

W sprawie nie ziszczyły się przesłanki pozwalające uznać całość wypłaconego świadczenia rehabilitacyjnego za świadczenie pobrane nienależnie. Ubezpieczona była wprawdzie pouczona, iż świadczenie rehabilitacyjne nie przysługuje w razie podjęcia pracy, jednak mimo to nie można przypisać jej złej woli w początkowym okresie pobierania środków. Jak wykazało przeprowadzone postępowanie dowodowe ubezpieczona otrzymała decyzję o przyznaniu jej świadczenia dopiero w lutym 2018 roku, mimo, że decyzja została sporządzona 11 października 2017 roku. Do tego czasu nie miała pewności, czy ma prawo do świadczenia. Podejmując pracę nie była świadoma, iż organ rentowy wydał decyzję dla niej pozytywną – wręcz przeciwnie, przekonana była, iż skoro w tym czasie żadnej decyzji nie otrzymała, to nie będzie miała prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Gdyby ubezpieczona otrzymała decyzję niezwłocznie, miałyby wiedzę co do przysługującego jej prawa i nie podjęłaby pracy zarobkowej. Ubezpieczona cierpiała na chorobę psychiczną co rzutowało na jej postrzeganie rzeczywistości, w tym na przekonanie, że nie otrzymanie decyzji w ciągu trzydziestu dni od złożenia wniosku oznacza, że nie przyznane jej zostało świadczenie rehabilitacyjne. Organ rentowy dnia 24 października 2017 roku przekazał jej tytułem świadczenia za okres od 5 do 31 października 2017 roku kwotę 1833,68 zł, jednak ubezpieczona w październiku nie zorientowała się, że ZUS wypłacił jej wnioskowane świadczenie. Ubezpieczona prowadziła rachunek bankowy razem z mężem, chorowała na depresję a bank ani małżonek nie przekazywali jej na bieżąco informacji o wpływach. Na ten sam rachunek wpływały wcześniej także środki z ZUS tytułem zasiłku chorobowego oraz wynagrodzenie z tytułu stosunku pracy, ubezpieczona mogła więc nie zorientować się, że kolejny przelew dotyczy świadczenia rehabilitacyjnego, zwłaszcza, że nie otrzymała żadnej decyzji w tym zakresie. Dodatkowo, jak sam wskazał organ rentowy, nowy pracodawca ubezpieczonej zgłosił ją do ubezpieczenia społecznego od 15 października 2015 roku - organ przed dokonaniem wypłaty środków wiedział więc o tym, że ubezpieczona zaczęła pracę a mimo to wypłacił świadczenie rehabilitacyjne tym samym uchybił obowiązkowi dokładnego zbadania całości przekazywanej do niego dokumentacji (w tym przypadku dokumentacji zgłoszeniowej, która miała bezpośredni wpływ na prawo do świadczenia). Sąd uznał natomiast, iż środki przekazane przez organ kolejnym przelewem tj. 23 listopada 2017 roku ubezpieczona mogła już poprawnie zaklasyfikować, gdyż w tym terminie nie spodziewała się już żadnych wpływów tytułem zasiłku chorobowego. Przyjmując kolejną kwotę była więc w złej wierze.

Również błędne jest stanowisko organu, który uważa, iż odsetki nalicza się od daty wypłaty nienależnego świadczenia.

Zasadą określoną w prawie cywilnym, odnoszącą się do odsetek jest możliwość ich żądania w razie opóźnienia się dłużnika ze spełnieniem świadczenia (art. 481 § 1 kc), jednak określenia, od kiedy należą się odsetki od świadczeń z ubezpieczenia społecznego, także od świadczeń podlegających zwrotowi, należy poszukiwać w prawie ubezpieczeń społecznych, a nie w prawie cywilnym. Określenie terminu, od kiedy dłużnik – pobierający nienależne świadczenie z ubezpieczenia społecznego nie jest materią "zasad prawa cywilnego", lecz prawa ubezpieczeń społecznych (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 3 lutego 2010 r., sygn. I UK 210/09, z 16 grudnia 2008 r., sygn. I UK 154/08). Odesłanie do prawa cywilnego w kwestii naliczania i ustalania odsetek oznacza, że organy ZUS powinny naliczać odsetki ustawowe (art. 359 § 2 kc) od dnia doręczenia decyzji obligującej do zwrotu nienależnie pobranego świadczenia. "Żądanie zwrotu" nienależnie pobranego świadczenia następuje przez doręczenie dotyczącej tego decyzji (roszczenie staje się wymagalne w tej chwili, a nie w czasie spełniania świadczeń). Z tą chwilą następuje też wymagalność (w znaczeniu art. 359 § 2 kc) roszczenia o odsetki, gdyż od tej chwili dłużnik pozostaje w opóźnieniu ze spełnieniem świadczenia głównego (art. 481 § 1 kc) (zob. np. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 9 lutego 2016 r., sygn. III AUa 724/15, komentarz do art. 84 w: Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych. Komentarz, rok 2014, wyd. 2, red. Beata Gudowska, Jolanta Strusińska-Żukowska).

Organ rentowy nie ma więc podstaw do żądania od ubezpieczonej odsetek od nienależnie pobranego świadczenia za okres sprzed wydania decyzji w tym przedmiocie.

Mając na uwadze powyższe Sąd, działając na podstawie art. 477¹⁴ § 2 kpc zmienił zaskarżoną decyzję w zakresie obowiązku zwrotu, zobowiązując ubezpieczoną do zwrotu nienależnie pobranego świadczenia rehabilitacyjnego w kwocie jedynie 2485,20 zł odpowiadającej świadczeniu za okres od 1 do 30 listopada 2016 roku, bez odsetek. W pozostałym zakresie (tj. w zakresie prawa do świadczenia za okres od 5 października 2017 roku do 2 stycznia 2018 roku) Sąd oddalił odwołanie na mocy art. 477¹⁴ § 1 kpc.