

**Sygn. akt VII U 1218/15**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 listopada 2015 r.

Sąd Rejonowy w Bydgoszczy VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Przewodniczący: | SSR Marcin Winczewski          |
| Protokolant:    | sekr. sądowy Artur Kluskiewicz |

po rozpoznaniu w dniu 5 listopada 2015 r. w Bydgoszczy

sprawy I. M.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w B.

o zwrot świadczeń

na skutek odwołania I. M.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w B.

z dnia 7 sierpnia 2015 r. nr (...)

zmienia zaskarżona decyzję w ten sposób, że odwołująca nie jest zobowiązana do zwrotu należnie pobranego świadczenia rehabilitacyjnego i zasiłku chorobowego z funduszu wypadkowego za okres od dnia 1 października 2014 r. do dnia 31 maja 2015 r.

SSR Marcin Winczewski

Sygn. akt VII U 1218/15

## UZASADNIENIE

Decyzją nr (...) z dnia 7 sierpnia 2015 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B., na podstawie art. 84 ustawy z dnia 13 października

1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych zobowiązał I. M. do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego w kwocie 12.006,63 zł za okres od 1 października 2014 r. do 31 maja 2015 r. W uzasadnieniu wskazano, iż w dniu 20 października 2014 r. wpłynęło do organu roszczenie o wypłatę zasiłku chorobowego w związku z wypadkiem przy pracy z dnia 13 maja 2014 r., za okres po ustaniu umowy zlecenia, trwającej od 16 kwietnia do 30 września 2014 r. Do obliczenia podstawy wymiaru zasiłku przyjęto wynagrodzenie uzyskane przez ubezpieczoną za maj 2014 r. w kwocie 3.434,63 zł brutto, tj. za miesiąc od którego podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu umowy. Podstawę tą powinno stanowić jednak wynagrodzenie osiągnięte w kwietniu 2014 r., gdyż ubezpieczeniu wypadkowemu podlegała od dnia zawarcia umowy

– 16 kwietnia 2014 r., a niezdolność do pracy powstała właśnie w związku z wypadkiem przy pracy. Wynagrodzenie za kwiecień wynosiło 1.716,72 zł brutto. W związku z tym powstała nadpłata zasiłku i świadczenia.

Odwołanie od powyższej decyzji wniosła I. M., domagając się jej uchylenia i zarzucając jej iż: do obliczeń winno zostać przyjęte wynagrodzenie za cały okres umowy; decyzja jest wewnętrznie sprzeczna; nie można przypisać jej złej woli, gdyż nie wprowadziła organu w błąd; nie zbadano na co wydano przyznane świadczenia. W uzasadnieniu wskazała, że decyzja nie uwzględnia okoliczności, iż pracowała de facto przez okres dłuższy niż miesiąc kalendarzowy, a tylko z uwagi, że nie był to pełen miesiąc kalendarzowy przyjęto za podstawę okres krótszy niż miesiąc. Powoduje to zróżnicowanie osób pozostających w takiej samej sytuacji. W orzecznictwie sądowym ugruntowany jest pogląd o możliwości domagania się przez organ rentowy zwrotu nienależnie pobranego świadczenia tylko wówczas, gdy ubezpieczonemu można przypisać złą wolę. Decydujące znaczenie ma więc jego świadomość i zamiar. P. ubezpieczonej nie było natomiast obarczone żadną przewiną i nie wiedziała ona o nieprawidłowości postępowania, a była utwierdzana w jego prawidłowości zachowaniem organu, który wypłacał świadczenia w pełnej wysokości. Zwrot świadczeń jest przy tym sprzeczny z zasadami współżycia społecznego, zaufania obywatela do państwa i może zrujnować sytuację materialną ubezpieczonej.

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. wniósł o jego oddalenie, podtrzymując stanowisko wyrażone w uzasadnieniu decyzji.

W piśmie z dnia 15 października 2015 r. pozwany – na wezwanie Sądu – wskazał, iż podstawę prawną żądania stanowi art. 84 ust 1 i ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych; płatnikiem spornego świadczenia był ZUS; wniosek o wypłatę zasiłku chorobowego został złożony przez (...) biuro (...) w imieniu firmy (...) Sp. z o.o. (k. 15). Z kolei w piśmie z dnia 28 października 2015 r. (k. 20) pozwany wskazał, że ze strony ubezpieczonej I. M. i płatnika składek (...) Sp. z o.o. nie wystąpiły okoliczności, które wprowadziłyby organ w błąd, a nieprawidłowo przyjęta kwota do podstawy wymiaru zasiłku wynikała z różnych dat podlegania przez I. M. do ubezpieczenia chorobowego (5 maja 2015 r.) i ubezpieczenia wypadkowego (16 kwietnia 2015 r.) i to organ błędnie przyjął wynagrodzenie nieprawidłowe zamiast właściwego.

### **Sąd ustalił, co następuje:**

Dnia 16 kwietnia 2014 r. I. M. zawarła z (...) Sp. z o.o. w S. umowę zlecenia w okresie od 16 kwietnia do 30 września 2014 r., za wynagrodzeniem 11.250,00 zł. Ubezpieczona miała wykonywać czynności kucharza w ośrodku (...) w J., w którym także spała. I. M. została zgłoszona do ubezpieczeń emerytalnego, rentowego, chorobowego i wypadkowego z dniem 16 kwietnia 2014 r., jednakże w związku z faktem, iż sam dokument zgłoszeniowy (...) został wniesiony do organu w dniu 5 maja 2014 r., pozwany przyjął, że dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu podlega ona dopiero właśnie z tym dniem, w odróżnieniu od ubezpieczenia wypadkowego, któremu podlegała od dnia 16 kwietnia 2014 r.

Dnia 13 maja 2014 r. w godzinach wieczornych, I. M. schodząc po schodach, potknęła się, nadwyrężając lewą nogę. Następnego dnia udała się od godziny 6.30 rano do pracy w kuchni. Przygotowując śniadanie dla grupy wypoczywających w ośrodku dzieci, około godziny 7.00, przeniosła ciężar ciała na lewą nogę, poczuła ból, a z ręki wypadł jej talerz, który rozbił się na stole. Chroniąc się przed upadkiem ubezpieczona oparła się o ten stół lewą ręką, trafiając dłonią właśnie na rozbitą talerz i doznając rany ciętej. Założyła sobie opatrunek i dokończyła przygotowywanie śniadania. Po nim udała się do Szpitala w P., gdzie zszyto ranę. W dalszych dniach jednakże ból nie ustawał i nie mogła ruszać palcem, w związku z czym dnia 26 maja 2014 r. udała się do Szpitala we W., gdzie dopiero otrzymała zwolnienie lekarskie i polecono jej udać się do Szpitala Wojewódzkiego w G.. Tam z kolei została zakwalifikowana na zabieg chirurgiczny w dniu 5 czerwca 2014 r. Zdarzenie to zostało uznane za wypadek przy pracy zarówno przez zleceniodawcę, jak i ZUS.

Zleceniodawca wypłacił ubezpieczonej zasiłek chorobowy za okres od 26 maja do 30 września 2014 r., a za okres już po ustaniu trwania umowy zlecenia (który jest właśnie sporny pomiędzy stronami procesu) złożył wniosek o wypłatę dalszych świadczeń przez pozwanego. Dnia 20 października 2014 r. do ZUS wpłynęło zaświadczenie płatnika

składek (...) Sp. z o.o. w S., w którym wskazano, iż I. M. podlegała pod ubezpieczenie wypadkowe od dnia 16 kwietnia 2014 r., a przychód stanowiący podstawę wymiaru składek to kwota 1.716,72 zł. Wbrew powyższym danym pozwany organ do obliczenia podstawy wymiaru zasiłku przyjął wynagrodzenie uzyskane przez ubezpieczoną za maj 2014 r. w kwocie 3.434,63 zł brutto, tj. za miesiąc od którego podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu umowy zlecenia i od takiej podstawy wyliczył wypłacone jej należności z tytułu zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 1 października 2014 r. do 31 maja 2015 r.

Dopiero przy ponownej analizie dokumentacji, organ zauważył, że w wyniku swej pomyłki, przyjął niewłaściwy okres i wysokość wynagrodzenia, jako podstawę wymiaru wypłacanych świadczeń. O fakcie tym poinformował powódkę pismem z dnia 1 czerwca 2015 r. Decyzją nr (...) z dnia 7 sierpnia 2015 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B., na podstawie art. 84 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych zobowiązał I. M. do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego w kwocie 12.006,63 zł za okres od 1 października 2014 r. do 31 maja 2015 r.

(okoliczności bezsporne, a ponadto dowód: umowa zlecenia z dnia 16 kwietnia 2014 r. – k. 48 akt ZUS; zaświadczenie płatnika składek – k. 31-32 akt ZUS; zgłoszenie do ubezpieczeń (...) k. 16 akt ZUS; karta wypadku nr (...) – k. 5-6 akt ZUS; pismo pozwanego z dnia 1 czerwca 2015 r. – k. 42 akt ZUS; decyzja z dnia 7 sierpnia 2015 r. – k. 49-50 akt ZUS; przesłuchanie ubezpieczonej – k. 25-26)

### **Sąd zważył, co następuje:**

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dokumentów znajdujących się w aktach sprawy i aktach ZUS, których prawdziwości i wiarygodności strony nie kwestionowały w toku procesu, a także na podstawie przesłuchania ubezpieczonej, które było jasne, konsekwentne, spójne, rzeczowe i korelowało z całokształtem zebranego w sprawie materiału dowodowego.

Należy podkreślić, iż stan faktyczny sprawy był w zakresie koniecznym do jej rozstrzygnięcia, bezsporny pomiędzy stronami. Nie budziło bowiem sporu i wątpliwości, iż I. M. nie przedstawiła organowi jakichkolwiek okoliczności, które mogłyby wprowadzić go w błąd (co przyznano w piśmie z dnia 28 października 2015 r. – k. 20), a jednocześnie o nadpłacie świadczenia została ona poinformowana dopiero pismem z dnia 1 czerwca 2015 r. (k. 15 i k. 42 akt ZUS), nie będąc w ogóle wcześniej pouczana, iż w razie pomyłki organu w wyliczeniu świadczeń będzie zmuszona ich część zwrócić.

W wykonaniu zobowiązania Sądu pozwany w piśmie z dnia 15 października 2015 r. (k. 15) wskazał, że podstawą prawną wydanej decyzji zobowiązującej do zwrotu nienależnego świadczenia jest art. 84 ust. 1 i ust. 2 pkt 1 ustawy systemowej, a więc miałyby to być „świadczenie 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.” Jednocześnie zaznaczono, iż o nadpłacie świadczenia ubezpieczona została poinformowana pismem z dnia 1 czerwca 2015 r. W kolejnym swym piśmie wskazał natomiast (k. 20), że ani ubezpieczona ani też zleceniodawca nie przedstawiali organowi jakiegokolwiek okoliczności, która mogłaby ZUS wprowadzić w błąd. W ocenie Sądu, wbrew stanowisku ZUS, zastosowania w sprawie nie znajduje art. 84 ustawy systemowej, choć fakt ten nie ma dla sprawy znaczenia, gdyż właściwe przepisy regulują przedmiotową kwestię w sposób zasadniczo identyczny.

Stosownie do art. 58 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (j.t.: Dz. U. z 2015 r., poz. 1242 ze zm.; powoływana dalej jako „ustawa wypadkowa”), w zakresie nieuregulowanym ustawą stosuje się odpowiednio przepisy ustawy o świadczeniach pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa oraz ustawy o emeryturach i rentach z FUS. W myśl art. 138 ust. 1-2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (j.t.: Dz. U. z 2015 r., poz. 748 ze zm.), osoba, która nienależnie pobrała świadczenia, jest obowiązana do ich zwrotu; za nienależnie pobrane świadczenia w rozumieniu ust. 1 uważa się: świadczenia wypłacone mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie lub zawieszenie prawa do świadczeń albo wstrzymanie wypłaty świadczeń w całości lub w części, jeżeli osoba pobierająca

świadczenia była pouczona o braku prawa do ich pobierania (ust. 2 pkt 1); świadczenia przyznane lub wypłacone na podstawie fałszywych zeznań lub dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd przez osobę pobierającą świadczenia (ust. 2 pkt 2).

W powyższym kontekście konieczne jest rozróżnienie świadczenia nienależnie pobranego od świadczenia nienależnego. Każde świadczenie nienależnie pobrane jest nienależne, jednak nie działa tu reguła odwrotna. Świadczenie wypłacone lub zawyżone wskutek błędu organu rentowego jest nienależne (co najmniej częściowo), ale w przypadku braku zajścia przesłanek określonych w art. 138 ust. 2 pkt 1-2 nie będzie stanowiło świadczenia nienależnie pobranego. Zwrotu świadczeń nienależnych, niebędących świadczeniami nienależnie pobranymi, ZUS może dochodzić na zasadach ogólnych (zob. uchwałę SN z dnia 21 maja 1984 r., III UZP 20/84, OSNCAPiUS 1985/1/3; wyrok SN z dnia 26 czerwca 1985 r., II URN 98/85, OSNCAPiUS 1986/4/59; wyrok SA w Łodzi z dnia 4 sierpnia 1999 r., III AUa 414/99, OSA 1999/11-12/57). W rozpoznawanej sprawie nie budziło jakichkolwiek wątpliwości, iż wypłacenie ubezpieczonego świadczenia w zawyżonej wysokości nastąpiło wyłącznie wskutek błędów pozwanego organu. Nie sposób więc uznać go za nienależnie pobrane w rozumieniu art. 138 ust. 2 ustawy o emeryturach i rentach z FUS. Nie zaistniały bowiem jakiegokolwiek okoliczności powodujące ustanie lub wstrzymanie wypłaty świadczenia, a tym bardziej nie zostało ono wypłacone na podstawie fałszywych zeznań lub dokumentów lub świadomego wprowadzenia kogokolwiek w błąd przez I. M.. O ile świadczenia wypłacone wnioskodawczyni nie powinny były w ogóle zostać jej wypłacone, to i tak nastąpiło to wyłącznie na skutek błędów pracowników Zakładu. Także w doktrynie prezentowany jest trafny pogląd, iż obowiązek zwrotu świadczenia na podstawie decyzji administracyjnej nie powstaje, gdy decyzja przyznająca świadczenie lub sam jego wymiar były wynikiem błędu organu rentowego niezawinionego przez ubezpieczonego, gdyż świadczenia tak wypłacone nie są uznawane za świadczenia nienależnie pobrane w rozumieniu przepisów ubezpieczeniowych. Przyjmuje się, że w przypadku wypłaty przez organ rentowy bezpodstawnych świadczeń z powodu własnych uchybień organu, określanych przez doktrynę i orzecznictwo mianem „błędu”, a więc z innych przyczyn niż wymienione w art. 138 ustawy o emeryturach i rentach z FUS lub art. 84 ustawy systemowej, powstają świadczenia nienależne w rozumieniu przepisu art. 410 § 2 k.c. (por. B. Gudowska, Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych. Komentarz, C.H. Beck 2014, kom do art. 84; M. Bartnicki [w:] Emerytury i renty z FUS. Emerytury pomostowe. Okresowe emerytury kapitałowe. Komentarz pod red. K. Antonów, Lex 2014, kom do art. 138; A. Kijowski, Obowiązek zwrotu nienależnych świadczeń, s. 1512; R. Babińska, Pojęcie i rodzaje błędu, s. 57).

Należy zauważyć, iż w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych Sąd jest każdorazowo związany przedmiotowo zakresem wydanej przez organ decyzji, a jako nienależnie pobrane świadczenia mogą w drodze administracyjnej być dochodzone wyłącznie świadczenia, które ściśle spełniają wymogi określonych norm prawnych, do których właśnie należy art. 138 ustawy o emeryturach i rentach z FUS. Skoro świadczenie pobrane przez ubezpieczoną nie spełnia tychże warunków, to jego zwrot nie może być dochodzony poprzez wydanie decyzji administracyjnej, co jednakże, w ocenie Sądu, nie pozbawia możliwości jego dochodzenia w odrębnym procesie cywilnym. W przypadkach gdy administracyjny tryb dochodzenia zwrotu nadpłaty jest niedopuszczalny, otwarta staje się bowiem właśnie droga procesu cywilnego (por. S. Płażek, glosa do uchwały SN z dnia 21 maja 1984 r., III UZP 20/84, Pal. 1986/9/88-90; R. Babińska, Pojęcie i rodzaje błędu, s. 57). Na drogę procesu cywilnego, z żądaniem zwrotu nienależnego świadczenia, ZUS może wystąpić, gdy doszło do wypłaty świadczenia nienależnego wskutek innych okoliczności niż wymienione w art. 138 ustawy o emeryturach i rentach z FUS oraz 84 ustawy systemowej, w szczególności dotyczy to wypadków bezpodstawnego wzbogacenia wynikłego z niespowodowanego działaniami ubezpieczonego wypłacania świadczeń na skutek błędów organu (uchwała SN z dnia 21 maja 1984 r., III UZP 20/84, OSNCP 1985/1/3, z glosą S. Płażka, Pal. 1986/9/86; wyrok SN z dnia 26 czerwca 1985 r., II URN 98/85, OSNAPiUS 1986/4/59; por. także B. Gudowska, Ubezpieczenie emerytalno-rentowe w orzecznictwie, s. 171; wyroki TUS: z dnia 27 maja 1966 r., I TR 49/66, niepubl.; z dnia 28 września 1966 r., I TR 895/66, niepubl.; z dnia 11 stycznia 1966 r., III TR 1492/65, OSPiKA 1967/10/247, z dnia 24 czerwca 1965 r., III TR 86/65 i z dnia 19 lipca 1965 r., III TR 2439/64, niepubl.; wyroki SN: z dnia 28 lipca 1977 r., II UR 5/77, OSNCP 1978/2/37 i z dnia 16 lutego 1987 r., II URN 16/87, PiZS 1988/6; wyrok SA w Krakowie z dnia 11 września 1996 r., III Aur 105/96, OSA 1997/7-8/21).

Należy zauważyć, że dość jednolite orzecznictwo dotyczące zwrotu nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych rozróżnia "świadczenie nienależne" od "świadczenia nienależnie pobranego" a więc pobranego przez osobę, której przypisać można określone cechy dotyczące stanu jej świadomości co do zasadności pobierania świadczenia, w tym w szczególności działanie w złej wierze, z premedytacją. Przyjęte jest, że takie cechy działania są istotne przy ocenie obowiązku zwrotu przez ubezpieczonego wypłaconych mu nienależnie świadczeń (por. wyrok SN z dnia 14 marca 2006 r., I UK 161/05, M.P. Pr. (...)). Podobnie wyjaśnił Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 24 listopada 2004 r. (I UK 3/04, OSNAP 2005/8/116) wskazując, że dla ustalenia obowiązku zwrotu nienależnie pobranego świadczenia, decydujące znaczenie ma świadomość i zamiar ubezpieczonego, który pobrał świadczenie w złej wierze. Wypłacenie świadczenia w sposób, na który nie miała wpływu wina świadczeniobiorcy, nie uzasadnia powstania po stronie osoby ubezpieczonej obowiązku zwrotu nienależnie pobranego świadczenia (por. wyrok (...) z dnia 11 stycznia 1966 r. III TR 1492/65, OSPiKA 1967/10/247, wyroki SN z dnia 28 lipca 1977, II UR 5/77, OSNCP 1978/2/37; z dnia 16 lutego 1987 r. URN 16/87, PiRS (...); z dnia 4 września 2007 r., I UK 90/07 Lex nr 454781 oraz wyrok SA w Rzeszowie z dnia 10 lipca 2013 r. III AUa 365/13, Lex nr 1339401). Oczywistym jest, iż ochrona ubezpieczonego w tym zakresie nie ma miejsca w przypadku świadomego wprowadzenia w błąd organu rentowego lub innego bezprawnego działania ubezpieczonego w celu uzyskania prawa do świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Świadczenia wypłacone w takiej sytuacji podlegają bowiem zwrotowi w trybie przepisów dotyczących ubezpieczeń społecznych (por. wyrok SN z dnia 20 maja 1997 r., II UKN 128/97, OSNAPiUS 1998/6/192). Taka jednakże sytuacja nie miała miejsca w sprawie, a rzeczony świadczenia wypłacono faktycznie wskutek błędów pozwanego organu, wobec czego nie można w ogóle mówić o nienależnych świadczeniach w rozumieniu powołanego przepisu, który przecież w sposób wyjątkowy i uprzywilejowany reguluje kwestię ewentualnego zwrotu świadczenia, w związku z czym przepis ten należy wyklądać ściśle.

Istotnym w tym kontekście pozostaje, iż ubezpieczona nie miała jakiejkolwiek wiedzy, iż przedmiotowe, wypłacone jej świadczenia mogłyby być nienależne albowiem nie była kiedykolwiek pouczana przez organ o zasadach wypłaty świadczeń i ewentualnych przyczynach braku prawa do ich wypłaty. Sam wniosek o przejęcie wypłaty świadczeń przez ZUS, po zakończeniu trwania umowy zlecenia złożył natomiast zleceniodawca, a nie I. M. (k. 32-33 akt ZUS). W tym stanie rzeczy zaskarżona decyzja jest błędna. Rozpoznając kwestię zwrotu świadczenia w kontekście obu punktów ustępu 2 art. 84 ustawy systemowej trzeba wskazać, że w orzecznictwie Sądu Najwyższego dotyczącym problematyki zwrotu nienależnie pobranych świadczeń (także na tle niemal analogicznych uregulowań zawartych w uprzednio obowiązujących art. 80 i 81 ustawy z dnia 23 stycznia 1968 r. o powszechnym zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin, Dz. U. Nr 3, poz. 6 ze zm., oraz art. 106 i 107 ustawy z dnia 14 grudnia 1982 r. o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin, Dz. U. Nr 40, poz. 267 ze zm., a także aktualnego art. 138 ustawy o emeryturach i rentach z FUS) przyjmuje się, że organ rentowy może domagać się zwrotu nienależnie pobranego świadczenia tylko wówczas, gdy ubezpieczonemu można przypisać złą wolę (wyrok Trybunału Ubezpieczeń Społecznych z dnia 27 maja 1966 r., I TR 49/66, niepublikowany - patrz: B. Gudowska: Ubezpieczenie emerytalno-rentowe w orzecznictwie Sądu Najwyższego, Warszawa 1993, s. 171). 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 (por. wyroki Trybunału (...) z dnia 11 stycznia 1966 r., III TR 1492/65, OSPiKA 1967/10/247, z dnia 24 czerwca 1965 r., III TR 86/65 oraz z dnia 19 lipca 1965 r., III TR (...), niepublikowane; wyroki SN z dnia 28 lipca 1977 r., II UR 5/77, OSNCP 1978/2/37 oraz z dnia 16 lutego 1987 r., II URN 16/87, (...); wyroki Sądów Apelacyjnych w Krakowie z dnia 11 września 1996 r., III AUr 105/96, OSA 1997/7-8/21/74 oraz w B. z dnia 10 listopada 1999 r., III AUa 602/99, OSA 2000/6/29/70; a także wyrok SN z dnia 4 września 2007 r., I UK 90/0, OSNP 2008/19-20/301). Podstawowym zatem warunkiem uznania, że wypłacone świadczenie podlega zwrotowi w myśl art. 84 ust. 2 pkt 1 ustawy systemowej 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

(tak SN w wyroku z dnia 2 grudnia 2009 r., I UK 174/09, Lex nr 585709; por. także wyrok SN z dnia 24 listopada 2004 r., I UK 3/04, OSNP 2005/8/ 116), czego w niniejszej sprawie zabrakło, z uwagi na brak jakiegokolwiek pouczenia wnioskodawczynie w tym zakresie. Świadomość nienależności świadczenia ma przy tym wypływać z pouczenia uprawnionego przez organ rentowy o okolicznościach powodujących wypłatę świadczeń nienależnych, a pouczenie stanowi warunek sine qua non obowiązku ich zwrotu (por. wyroki SN z dnia 26 kwietnia 1980 r., II URN 51/80, OSNCP 1980/10/202, z dnia 11 stycznia 2005 r., I UK 136/04, OSNP 2005/16/252, z dnia 9 lutego 2005 r., III UK 181/04, OSNP 2005/17/275 i z dnia 16 stycznia 2009 r., I UK 190/08, OSNP 2010/15-16/194). Pouczenie powinno wyraźnie, konkretnie i wyczerpująco wskazywać okoliczności mające wpływ na pobieranie świadczeń oraz jasno wskazywać okoliczności powodujące pobranie nienależnego świadczenia w sposób zrozumiały dla osoby, do której jest skierowane. Pouczenie nie może być abstrakcyjne, niekonkretne, a w szczególności nie może odnosić się do wszystkich hipotetycznych okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń (por. wyroki SN z dnia 4 września 2007 r., I UK 90/07, OSNP 2008/19-20/301, z dnia 17 listopada 1995 r., II URN 46/95, OSNAPiUS 1996/12/174, z dnia 17 lutego 2005 r., II UK 440/03, OSNP 2005/18/291, z dnia 9 lutego 2005 r., III UK 181/04, OSNP 2005/17/ 275). Pouczenie zamieszczane standardowo w decyzjach organu rentowego, które dotyczy wszystkich możliwych sytuacji, powinno być zindywidualizowane przez wyjaśnienie odpowiednich przepisów (por. wyrok SN z dnia 24 listopada 2004 r., I UK 3/04, OSNP 2005/8/116); może polegać na przytoczeniu przepisów określających te okoliczności, ale musi być na tyle zrozumiałe, aby ubezpieczony mógł je odnieść do własnej sytuacji (wyroki SN z dnia 14 marca 2006 r., I UK 161/05, OSNP 2007/5-6/78 i z dnia 10 czerwca 2008 r., I UK 394/07, niepubl. i z dnia 6 marca 2012 r., I UK 331/11, Lex nr 1165287).

W ocenie Sądu Rejonowego w sprawie nie zachodzą więc jakiegokolwiek przesłanki upoważniające na zasadzie art. 138 ustawy o emeryturach i rentach z FUS, do zobowiązania ubezpieczonej do zwrotu pobranych świadczeń. Skoro bowiem wnioskodawczynie nie była o czymkolwiek pouczenia, to w sprawie nie może znaleźć zastosowania pkt 1 ust. 2 tego przepisu, a skoro nie wprowadziła organu w błąd w jakikolwiek sposób, to zastosowania nie znajdzie także pkt 2 ust. 2. W sytuacji bowiem, gdy decyzja przyznająca świadczenie lub sam jego wymiar były wynikiem błędu organu rentowego niezawinionego przez świadczeniobiorcę, świadczenia nie są uznawane za nienależnie pobrane w rozumieniu komentowanego przepisu. Wypłacenie świadczenia w sposób, na który nie miała wpływu wina świadczeniobiorcy, nie uzasadnia bowiem powstania po stronie osoby ubezpieczonej obowiązku zwrotu nienależnie pobranego świadczenia (tak SA w Katowicach w wyroku z dnia 17 września 2013 r., III AUa 2159/12Lex nr 1378686).

Na marginesie jedynie należy zauważyć, choć nie ma to istotnego znaczenia dla treści zapadłego orzeczenia, iż zdaniem Sądu, pierwotna wysokość wyliczonej podstawy wymiaru świadczeń dla ubezpieczonej była rzeczywiście nieprawidłowa. Zgodnie bowiem z ustawą z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (j.t.: Dz. U. z 2014 r., poz. 159 ze zm.), podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy; przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stosuje się odpowiednio przepisy art. 36 ust. 2-4, art. 38 ust. 1, art. 42, 43 i 46, z zastrzeżeniem art. 49 i 50 (art. 48 ust. 1 i 2 ustawy zasiłkowej). Jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, podstawę wymiaru zasiłku stanowi kwota przychodu określona w umowie przypadająca na pierwszy miesiąc kalendarzowy ubezpieczenia, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4, a jeżeli kwota ta w umowie nie została określona, kwota przeciętnego miesięcznego przychodu innych ubezpieczonych, z którymi płatnik składek zawarł takie same lub podobne umowy - dla ubezpieczonych wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia (art. 49 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej). Skoro ubezpieczona do dnia wypadku nie przepracowała ani jednego pełnego miesiąca kalendarzowego na podstawie umowy cywilnoprawnej, to podstawę wymiaru wypłacanych jej świadczeń określa właśnie art. 49 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej, a w sprawie nie znajdzie zastosowania ani art. 36 ustawy (ten do ubezpieczonych nie będących pracownikami stosuje się poprzez art. 48 ust. 2, a więc gdy przepracowano choćby jeden pełny miesiąc kalendarzowy), ani tym bardziej art. 37 ustawy zasiłkowej (tego przepisu w ogóle do takich ubezpieczonych się nie stosuje, nie został on bowiem wymieniony w art. 48 ust. 2 ustawy zasiłkowej).

Z uwagi na powyższe, Sąd na podstawie art. 477<sup>14</sup> § 2 k.p.c. orzekł jak w sentencji.

SSR Marcin Winczewski