

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 15 marca 2018 r. Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi, X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, zmienił zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. w ten sposób, że zwolnił A. P. z obowiązku zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego w kwocie 26.575,50 zł oraz odsetek w kwocie 7.845,89 zł, oddalił odwołania ww., od decyzji organu rentowego z dnia 22 listopada 2016 roku, z dnia 17 listopada 2016 roku i z dnia 10 listopada 2016 roku, nadto zasądził od organu rentowego na rzecz wnioskodawcy kwotę 180 zł tytułem kosztów procesu. Postępowanie toczyło się z udziałem zainteresowanego Przedsiębiorstwa Budownictwa (...) spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w Ł..

Powyższe orzeczenie zapadło w oparciu o następujące ustalenia faktyczne.

W dniu 12 maja 2008 roku P. K. i A. P. zawarli umowę spółki z ograniczoną odpowiedzialnością – Przedsiębiorstwo Budownictwa (...). Kapitał zakładowy spółki wynosił 50.000 złotych, dzielonych na 50 równych i niepodzielnych udziałów o wartości nominalnej 1.000 złotych każdy udział. Objęcie udziałów wyglądało w ten sposób, że P. K. objął 1 udział o wartości 1 000 złotych, zaś A. P. objął 49 udziałów o wartości 49 000 złotych. Wspólnicy pokryli wartość obejmowanych udziałów.

W dniu 1 kwietnia 2010 roku, wnioskodawca A. P. zawarł ze spółką, reprezentowaną przez pełnomocnika, umowę o pracę na stanowisku prezesa zarządu, w pełnym wymiarze czasu pracy.

Decyzją z dnia 27 stycznia 2012 roku, ZUS odmówił wnioskodawcy prawa do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego w wysokości 100% podstawy wymiaru, za okres od 20 sierpnia 2011 roku do 6 września 2011 roku i od 15 września 2011 roku, na tej podstawie, że zdarzenie z udziałem wnioskodawcy z dnia 20 sierpnia 2011 roku, nie zostało przez organ rentowy uznane za wypadek przy pracy.

A. P. złożył odwołanie od powyższej decyzji. Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi wyrokiem z dnia 26 czerwca 2012 roku, wydanym w sprawie XI U 206/12, zmienił zaskarżoną decyzję i przyznał wnioskodawcy prawo do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego w wysokości 100% podstawy wymiaru.

Decyzją z dnia 3 kwietnia 2015 roku ZUS stwierdził, że od dnia 1 kwietnia 2010 roku A. P. nie podlega ubezpieczeniom społecznym jako pracownik z tytułu zatrudnienia u płatnika składek – Przedsiębiorstwa Budownictwa (...) spółka z o.o. z siedzibą w Ł..

W uzasadnieniu organ rentowy wskazał, iż w toku przeprowadzonej kontroli ustalono, że umowa o pracę pomiędzy wnioskodawcą i płatnikiem składek została zawarta w dniu 1 kwietnia 2010 roku, na czas nieokreślony, w pełnym wymiarze czasu pracy, na stanowisku prezesa spółki. Ustalono również, iż kapitał zakładowy spółki wynosił 50.000 złotych, przy czym 49.000 złotych zostało wniesione przez A. P., przy czym objął on 49 z 50 udziałów. Pozostały 1 udział za kwotę 1 000 złotych objął P. K.. W związku z taką strukturą zatrudnienia A. P. nie charakteryzowało się podporządkowaniem pracowniczym, stanowiącym element konstrukcyjny stosunku pracy. Pomimo formalnego pozostawania większościowym udziałowcem wnioskodawcę należy traktować jako jedyne udziałowca. W tym zakresie organ rentowy powołał się na konkretne wyroki Sądu Najwyższego zapadłe w innych sprawach, obecne brzmienie art. 8 ust. 6 pkt. 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, które decyduje, że wspólnik jednoosobowej spółki z o.o. podlega ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej, a także poglądy piśmiennictwa. Biorąc pod uwagę całość dokumentów zgromadzonych w sprawie organ rentowy ocenił, że od 1 kwietnia 2010 roku tytułem do objęcia A. P. ubezpieczeniami społecznymi jest prowadzenie pozarolniczej działalności.

Postępowanie, toczące się przez Sądem Okręgowy w Łodzi, z odwołania A. P. od decyzji ZUS z dnia 3 kwietnia 2015 roku, zostało umorzone postanowieniem tego Sądu z dnia 7 września 2016 roku, wydanym w sprawie VIII U 1303/15, w związku z cofnięciem odwołania przez A. P..

Wcześniej, przed kontrolą w 2015 roku, wskutek której organ rentowy wydał decyzję z dnia 3 kwietnia 2015 roku, nikt nie kwestionował tytułu do ubezpieczeń społecznych A. P.. Organ rentowy nie zakwestionował podstawy zatrudnienia wnioskodawcy także w trakcie gdy wypłacał zasiłki chorobowe.

W oparciu o tak ustalony stan faktyczny, Sąd Rejonowy uznał, iż odwołania od decyzji, odmawiających A. P. prawa do zasiłku chorobowego podlegały oddaleniu, zaś odwołanie od decyzji zobowiązującej do zwrotu nienależnie pobranego świadczenia, należało uwzględnić w całości.

Sąd podniósł, iż w niniejszym postępowaniu pod rozstrzygnięcie poddane zostały odwołania w sumie od czterech decyzji: z dnia 10 listopada 2016 roku odmawiającej prawa do zasiłku chorobowego za wskazane w niej okresy, z dnia 17 listopada 2016 roku uchylającej decyzję z dnia 10 listopada 2016 roku i odmawiającej prawa do zasiłku chorobowego za wskazane w niej okresy, z dnia 22 listopada 2016 roku uchylającej decyzję z dnia 17 listopada 2016 roku i odmawiającej prawa do zasiłku chorobowego za wskazane w niej okresy oraz odwołanie od decyzji z dnia 9 grudnia 2016 roku zobowiązującej wnioskodawcę do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego za wskazane okresy wraz z odsetkami. Wydanie, wskazanych decyzji, było konsekwencją decyzji organu rentowego z dnia 3 kwietnia 2015r., stwierdzającej, że A. P. nie podlega ubezpieczeniom społecznym jako pracownik od dnia 1 kwietnia 2010 roku.

Sąd wskazał, iż zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2017 roku, poz. 1368, ze zm.) ubezpieczony nabywa prawo do zasiłku chorobowego, gdy stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego.

Trwanie ubezpieczenia chorobowego jest związane z posiadaniem tytułu ubezpieczenia chorobowego. Zgodnie z art. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa tytułem ubezpieczenia chorobowego jest zatrudnienie lub inna działalność, których podjęcie rodzi obowiązek ubezpieczenia chorobowego lub uprawnienie do objęcia tym ubezpieczeniem na zasadach dobrowolności w rozumieniu przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Przepis art. 6 ust. 1 ustawy posługuje się zwrotem "w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego", co nie jest równoznaczne z posiadaniem tytułu do ubezpieczenia społecznego. W doktrynie podkreśla się odrębność pojęć: "posiadanie tytułu do ubezpieczenia" oraz "trwanie ubezpieczenia chorobowego", przyjmując że pierwsze pojęcie ma szerszy zakres niż drugie, wskazując jako przykład, że tytułem do ubezpieczenia będzie zatrudnienie, ale okres trwania ubezpieczenia może być krótszy niż trwania samego tytułu, jeśli w trakcie zatrudnienia pracownik korzystał z urlopu bezpłatnego czy wychowawczego. Powyższy pogląd, zdaniem Sądu należy jednak skonfrontować z brzmieniem przywołanego art. 3 pkt 1 ustawy, który na potrzeby komentowanej ustawy definiuje pojęcie tytułu ubezpieczenia chorobowego, przyjmując jego węższe rozumienie niż zaprezentowane wyżej. Tak więc okresy urlopów bezpłatnych nie będą mimo formalnego trwania okresu zatrudnienia okresem trwania tytułu ubezpieczenia chorobowego. Zmodyfikowano bowiem pojęcie tytułu ubezpieczenia chorobowego, wiążąc je bezwzględnie z przypadkami, kiedy zatrudnienie lub inna działalność rodzi obowiązek ubezpieczenia chorobowego (por. „Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Komentarz” pod red. prof. Małgorzaty Gersdorf, Beaty Gudowskiej, rok 2012, wyd. 1).

Okres trwania ubezpieczenia chorobowego zatem to czas, w którym ubezpieczony ma obowiązek opłacania składki lub czas zwolnienia z obowiązku opłacenia składki (por. uchwała SN z dnia 12 czerwca 2002 r., III UZP 4/02, OSNP 2002, nr 24, poz. 601; Biul. SN 2002, nr 6, s. 4; Prok. i Pr. 2002, nr 12, s. 49; OSNP-wkl. 2002, nr 14, poz. 2; M. Prawn. 2002, nr 16, s. 725; Wokanda 2003, nr 2, s. 23; Wokanda 2003, nr 3, s. 24). Okresy trwania ubezpieczenia chorobowego oraz trwania tytułu ubezpieczenia chorobowego nie zawsze będą pokrywały się ze sobą w czasie. O ile więc okres trwania ubezpieczenia chorobowego zawsze zawierał się będzie w okresie trwania tytułu ubezpieczenia (jako że zakres tego pojęcia jest węższy), o tyle nie zawsze będzie zachodziła relacja odwrotna (por. Agnieszka Rzetecka-Gil „Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Komentarz” – wyd. z 2009 r.).

Sąd podniósł, iż zgodnie z przywołanym wyżej art. 3 pkt. 1 ustawy, tytułem ubezpieczenia społecznego jest zatrudnienie lub inna działalność, których podjęcie rodzi obowiązek ubezpieczenia chorobowego lub uprawnienie do objęcia tym ubezpieczeniem na zasadach dobrowolności zgodnie z art. 11 ustawy z dnia 13 października 1998 roku (tj. Dz. U z 2017 roku, poz. 1778, ze zm.). Zgodnie z tym przepisem obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu podlegają pracownicy, natomiast dobrowolnie, na swój wniosek, osoby wykonujące pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, a także osoby prowadzące pozarolniczą działalność.

We wszystkich przypadkach, do powstania stosunku prawnego dobrowolnego ubezpieczenia niezbędny jest wniosek ubezpieczonego, a objęcie ubezpieczeniem następuje zasadniczo od dnia wskazanego we wniosku, jednak nie wcześniej niż od dnia, w którym wniosek został złożony – art. 14 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

W niniejszym postępowaniu kwestią wynikającą z ostatecznej decyzji ZUS z dnia 3 kwietnia 2015 roku jest to, że wnioskodawca od dnia 1 kwietnia 2010 roku, nie podlega systemowi ubezpieczeń społecznych jako osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, ale winien być objęty tym ubezpieczeniem z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. A. P. odwołał się od tej decyzji, co skutkowało wszczęciem postępowania przed Sądem Okręgowym w Łodzi. Jednakże w toku postępowania odwołanie zostało cofnięte, w związku z czym postępowanie umorzono, zaś decyzja z chwilą uprawomocnienia postanowienia o umorzeniu stała się ostateczna.

Wobec tego Sąd Rejonowy stwierdził, że niezdolność wnioskodawcy do pracy nie powstała w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego, czego wymaga przepis art. 6 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, w konsekwencji więc wnioskodawcy nie przysługiwało prawo do zasiłku chorobowego. Decyzja organu rentowego odmawiająca wnioskodawcy prawa do zasiłków za wskazane w niej okresy w ocenie Sądu I instancji była zatem zasadna i znajdująca uzasadnienie w przywołanych wyżej przepisach.

Odnośnie decyzji z dnia 9 grudnia 2016 roku, którą organ rentowy zobowiązał wnioskodawcę również do zwrotu zasiłku chorobowego za okresy, w których nastąpiła wypłata świadczeń, Sąd Rejonowy wskazał, iż rozważenia wymaga okoliczność, czy wypłacone wnioskodawcy zasiłki w zakresie w jakim organ rentowy zobowiązał wnioskodawcę do ich zwrotu, są świadczeniem nienależnie pobranym.

Sąd podniósł, iż art. 84 ust. 1 ustawy systemowej stanowi, iż 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, z uwzględnieniem ust. 11. 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 (ust. 2).

Powyższa regulacja definiuje obowiązek zwrotu świadczenia nienależnego, na tle prawa ubezpieczeń społecznych, jednocześnie określając przesłanki jakie muszą być spełnione, aby dane świadczenie zostało definiowane jako nienależne.

Świadczeniem nienależnym może być tylko świadczenie, wypłacone osobie, która w dniu wydania decyzji spełniała warunki pobierania świadczenia, ale później utraciła uprawnienie do jego pobierania i mimo prawidłowego pouczenia nie powiadomiła o okolicznościach pozbawiających prawa do wypłaty świadczeń; bądź też osobie, która nie miała w dniu wydania decyzji prawa do świadczenia i uzyskała wypłatę świadczenia na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów, albo innego świadomego wprowadzenia organu rentowego w błąd. W ocenie Sądu I instancji istotnym elementem konstrukcyjnym pojęcia nienależnego świadczenia jest więc świadomość osoby, która pobrała świadczenia, co do faktu, że zostało ono jej wypłacone bez podstawy prawnej na skutek świadomego wprowadzenia w błąd organu rentowego. Jednocześnie kolejną istotną okolicznością jest to, że przesłanki z art. 84 ust. 2 ustawy

systemowej winny być spełnione w chwili pobierania świadczenia. Zatem niedopuszczalna jest sytuacja, uznania wypłaconego świadczenia za nienależne w wyniku następczego powzięcia – po zaprzestaniu wypłaty świadczenia - przez ubezpieczonego wiedzy, iż świadczenie spełniało przesłanki z art. 84 ust. 2 ustawy systemowej.

W dalszej części powołany przepis wskazuje, iż przepisów ust. 2-4 i 8 nie stosuje się, jeżeli przepisy szczególne określające zasady przyznawania i wypłacania świadczeń stanowią inaczej (ust. 5).

Sąd podkreślił też, iż w przypadku wypłaty zasiłku chorobowego przepisy szczegółowo regulujące tę kwestię znajdują się w ustawie z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2017 roku, poz. 1368).

Art. 66 ust. 1 i 2 ustawy przewiduje, iż wypłatę świadczenia wstrzymuje się, jeżeli prawo do niego ustało albo okaże się, że prawo takie w ogóle nie istniało (ust. 1). Jeżeli świadczenie zostało pobrane nienależnie z winy ubezpieczonego lub wskutek okoliczności, o których mowa w art. 15-17 i art. 59 ust. 6 i 7, wypłacone kwoty podlegają potrąceniu z należnych ubezpieczonemu zasiłków bieżących oraz z innych świadczeń z ubezpieczeń społecznych lub ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (ust. 2). Powołany przepis stanowi *lex specialis* w odniesieniu do przepisów ustawy systemowej, ma on zatem pierwszeństwo w stosowaniu, zgodnie z zasadami derogacyjnymi. Zatem przesłankami uznania pobranego zasiłku chorobowego za świadczenie pobrane nienależnie są wina ubezpieczonego lub okoliczności, o których mowa w art. 15 – 17 i art. 59 ust. 6 i 7 ustawy zasiłkowej. Ze świadczeniem nienależnym mamy do czynienia w sytuacji, gdy do jego wypłaty doszło, mimo że prawo do niego ustało albo w ogóle nie istniało (art. 66 ust. 1) oraz gdy zachodzą okoliczności powodujące utratę prawa.

Sąd Rejonowy wskazał także, na stanowiska judykatury w tej kwestii, które wyrażają pogląd, iż wypłacenie świadczenia w sposób, na który nie miała wpływu wina świadczeniobiorcy, nie uzasadnia powstania po stronie osoby ubezpieczonej obowiązku zwrotu nienależnie pobranego świadczenia. Podstawowym zatem warunkiem uznania, że wypłacone świadczenie podlega zwrotowi w myśl komentowanego przepisu (art. 84 ust. 2 pkt 1 u.s.u.s. z 1998 r.) 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 (wyrok SN z dnia 2 grudnia 2009 roku w sprawie I UK 174/09, LEX 585709).

Odnosząc się do jeszcze do określonej w art. 84 ust. 2 pkt. 2 przesłanki „świadomego wprowadzenia w błąd” to nawiązuje ona do winy osoby pobierającej świadczenie, więc świadomym wprowadzeniem w błąd jest umyślne działanie zainteresowanego przyjmujące postać *dolus directus* lub *dolus eventualis*. Znane orzecznictwu przykłady świadomego wprowadzenia w błąd organu ubezpieczeń społecznych - inne niż posłużenie się przez osobę pobierającą świadczenie fałszywymi dokumentami - to działania ubezpieczonego polegające na przedłożeniu w organie rentowym dokumentu mającego istotne znaczenie dla uzyskania świadczenia zawierającego nieprawdziwe informacje podaniu we wniosku o emeryturę nieprawdziwej informacji, że wnioskodawca nie pobiera innych świadczeń, posłużenie się oświadczeniami świadków ze świadomością, że nie są prawdziwe, a także złożeniu wniosku przez osobę niebędącą pracownikiem o wcześniejszą emeryturę przysługującą tylko pracownikom. Z przytoczonych orzeczeń wynika, że judykatura zakreśla szeroko ramy zachowań kwalifikowanych jako świadome wprowadzenie w błąd organu rentowego lub odwoławczego. Zalicza do nich bezpośrednio oświadczenie nieprawdy we wniosku o świadczenia, przemilczenie przez wnioskodawcę faktu mającego wpływ na prawo do świadczeń, złożenie wniosku w sytuacji oczywiście nieuzasadniającej powstania prawa do świadczenia oraz okoliczność domniemanego współdziałania wnioskodawcy z innymi podmiotami we wprowadzeniu w błąd organu rentowego. Dowód istnienia przesłanek żądania zwrotu świadczenia nienależnego obciąża organ wypłacający świadczenia (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 lutego 2017 r. II UK 699/15, opubl. Legalis Numer 1587575 i przywołane w jego uzasadnieniu orzecznictwo).

Przenosząc powyższe na grunt rozpoznawanej sprawy, Sąd I instancji uznał, że nie zaszyły okoliczności, a przynajmniej organ rentowy takich w postępowaniu nie wykazał, które dawałyby organowi rentowemu podstawę do uznania, iż pobrany przez A. P. zasiłek chorobowy – w okresach wskazanych w decyzji z dnia 9 grudnia 2016 roku – był świadczeniem nienależnym.

Po pierwsze, w ocenie Sądu, wnioskodawca nie był przez organ rentowy pouczony o braku podstaw do wypłacenia mu środków z tytułu zasiłku chorobowego, z uwagi na brak podlegania przez niego systemowi ubezpieczeń społecznych. Sąd wskazał, że już w 2011 roku ZUS wydał decyzję odmawiającą przyznania wnioskodawcy zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego, nie kwestionując wtedy jego prawa do zasiłku chorobowego z ogólnego stanu zdrowia, a kwestionując jedynie, iż zdarzenie z udziałem A. P. było wypadkiem przy pracy. W tym postępowaniu, mimo że przeniosło się ono na drogę sądową i co istotne dotyczyło okresu objętego aktualnie skarżoną decyzją z dnia 9 grudnia 2016 roku, organ nie podnosił kwestii podlegania, bądź niepodlegania systemowi ubezpieczeń społecznych, bądź też podstawy tego ubezpieczenia.

Co więcej – w okresie od dnia 1 kwietnia 2010 roku do dnia wydania decyzji z dnia 3 kwietnia 2015 roku organ rentowy niejednokrotnie wypłacił wnioskodawcy zasiłek chorobowy – w żadnym z tych przypadków nie było, przez organ rentowy, kwestionowane prawo wnioskodawcy do tego świadczenia. Dopiero w wyniku kontroli przeprowadzonej w 2015 roku, ZUS, powołując się na dorobek orzecniczy Sądu Najwyższego uznał, iż A. P. winien być traktowany nie jako pracownik, ale jak osoba prowadząca działalność gospodarczą, co skutkowało zakwestionowaniem jego podstawy ubezpieczeń społecznych. W okresach objętych decyzją wnioskodawca pobierał zatem zasiłek chorobowy nie mając świadomości, że nie podlegał ubezpieczeniu chorobowemu jako pracownik. Informacja dotycząca tej okoliczności powzięta została dopiero po otrzymaniu decyzji ZUS z dnia 3 kwietnia 2015 roku. W związku z powyższym w ocenie Sądu nie doszło do spełnienia przesłanek z art. 84 ust. 2 ustawy systemowej – ubezpieczony w czasie pobierania świadczenia nie miał wiedzy o tym, iż świadczenie to jest nienależne. Nie miała miejsce sytuacja, o której mowa w art. 84 ust. 2 pkt. 2, to jest aby świadczenie zostało wypłacone mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń, a wnioskodawca był pouczony o braku prawa do ich pobierania. Zdaniem Sądu Rejonowego, nie została spełniona również druga z przesłanek art. 84 ust. 2 pkt. 2 ustawy systemowej, to jest aby świadczenia zostały wypłacone na podstawie nieprawdziwych zeznań, fałszywych dokumentów albo wskutek świadomego wprowadzania w błąd organu rentowego.

Sąd Rejonowy zauważył również, że orzecznictwo Sądu Najwyższego (por. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy, (...) i Spraw Publicznych z dnia 6 września 2012 r. sygn. II UK 39/12, MoPr 2013 nr 1, str. 49, Legalis Numer 550518), ale i sądów powszechnych (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 19 września 2013 r. sygn. III AUa 109/13, opubl. Legalis Numer 744176), nie pozostawia również wątpliwości co do tego, że zakresowo czym innym są "dane nieprawidłowe", a czym innym "dane nieprawdziwe". Nieobojętny jest więc, zdaniem Sądu Najwyższego, element winy w zachowaniu płatnika, zwłaszcza kierunkowej co do wprowadzenia w błąd przez podanie danych nieprawdziwych. W wyroku z dnia 6 września 2012 r. sygn. II UK 39/12 Sąd Najwyższy zauważył, że już tylko słownikowo (semantycznie) przymiotnik „nieprawidłowy” oznacza: nie taki, jaki powinien być, niezgodny z ustalonymi przepisami, normami, zasadami, a tymczasem słowo „nieprawdziwy” oznacza: stan niezgodny z prawdą, z rzeczywistością, ze stanem faktycznym, kłamliwy, zmyślony, nierzeczywisty.

W ocenie Sądu Rejonowego w stanie faktycznym rozpoznawanej sprawy brak jest podstaw do żądania zwrotu od A. P. zasiłku chorobowego, gdyż do ich wypłaty nie doszło nie wskutek przekazania nieprawdziwych informacji, lecz na skutek wadliwie dokonanego zgłoszenia do ubezpieczeń spowodowanego niewłaściwą oceną faktów. Nie było przy tym podstaw do uznania, że wypłata świadczeń z ubezpieczenia chorobowego wnioskodawcy, na skutek zgłoszenia do ubezpieczeń pod wadliwym tytułem, nastąpiła w efekcie świadomego wprowadzenia organu rentowego w błąd – organ rentowy takiej okoliczności w postępowaniu nie wykazał, nie zgłosił na jej wykazanie żadnych dowodów.

Zdaniem Sądu zastosowaniu art. 84 ust. 1 sprzeciwia się także fakt, że nieprawidłowe objęcie ubezpieczeniem pracowniczym A. P. nastąpiło w kwietniu 2010 roku. Objęty ubezpieczeniem pracowniczym wnioskodawca był więc przez 5 lat, a należne składki z tego tytułu były przez płatnika odprowadzane. Przez cały ten okres organ rentowy nigdy nie sygnalizował wadliwego zgłoszenia, także wtedy gdy ubezpieczony stawał przed nim ubiegając się o wypłatę spornych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego. Sąd podkreślił niewątpliwy i wynikający z art. 7 k.p.a. a ciążyący również na organie rentowym obowiązek podejmowania wszelkich czynności niezbędnych do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego oraz do załatwienia sprawy, przy uwzględnieniu interesu społecznego i słusznego

interesu obywateli. Zdaniem Sądu rozpoznając zatem wniosek o przyznanie świadczenia organ rentowy powinien był rozważyć, czy do wniosku dołączono wszystkie niezbędne dokumenty, a zawarte w tych dokumentach dane wystarczają do podjęcia decyzji w kwestii prawa ubezpieczonego do dochodzonego świadczenia i jego wysokości. Jeśli nie - powinien zażądać dostarczenia brakujących dokumentów i wyjaśnić wątpliwości wynikające z analizy zawartych w nich informacji. W konsekwencji Sąd uznał za słuszny pogląd, zgodnie z którym organ rentowy odpowiedzialny za wypłatę świadczeń z ubezpieczeń społecznych nie jest zwolniony z dokładnego, merytorycznego zbadania kierowanej do niego dokumentacji. Jeśli więc pobranie nienależnych świadczeń spowodowane było nie tylko błędem pracodawcy, ale i organu rentowego, nie można żądać od płatnika składek zwrotu tychże świadczeń (por. wyroki Sądów Apelacyjnych: w K. z dnia 9 grudnia 2008 r., sygn. III AUA 1227/08, opubl. Legalis numer 187291, w P. z dnia 23 lipca 2009 r., III AUA 448/09, opubl. Legalis Numer 237777, w B. z dnia 14 maja 2013 r., III AUA 1131/12, opubl. Legalis numer 740110, w L. z dnia 28 maja 2014 r., III AUA 294/14, opubl. Legalis numer 992693; a także wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 lutego 2015 r. II UK 127/14, opubl. L., numer (...)).

W ocenie Sądu I instancji w niniejszej sprawie nie doszło również do naruszenia art. 66 ustawy zasiłkowej – ponieważ zaświadczenia lekarskie o niezdolności A. P. były zasadne, ubezpieczony nie postępował również niezgodnie z zaleceniami lekarskimi, nie naruszył w inny sposób zasad obowiązujących przy wypłacaniu świadczeń chorobowych.

Mając na uwadze powyższe, Sąd na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. zmienił zaskarżoną decyzję z dnia 9 grudnia 2016 roku, natomiast oddaleniu jako niezasadne podlegały decyzje odmawiające prawa do zasiłku chorobowego, o czym Sąd orzekł na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c.

O kosztach procesu, Sąd orzekł na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c., obciążając nimi organ rentowy jako przegranego w zakresie jednej decyzji z dnia 9 grudnia 2016 roku, co do której wnioskodawca jest wygranym. Stawkę wynagrodzenia pełnomocnika wnioskodawcy Sąd ustalił na podstawie § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności adwokackie z dnia 22 października 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 1800, ze zm.).

Apelację od powyższego orzeczenia w części uwzględniającej odwołanie oraz w zakresie rozstrzygnięcia o kosztach procesu wniósł organ rentowy.

Zaskarżonemu wyrokowi zarzucił:

- naruszenie prawa materialnego, a w szczególności art. 66 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2017r., poz. 1368) oraz art. 84 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 13.10.1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017r. poz. 1778) poprzez niewłaściwe ich zastosowanie i ustalenie, że Pan A. P. nie jest zobowiązany do zwrotu zasiłku chorobowego w kwocie 26575,50 zł.

W uzasadnieniu swego stanowiska organ rentowy podniósł, iż Sąd I instancji nie wziął pod uwagę stanu faktycznego będącego podstawą do wydania decyzji z dnia 03.04.2015r. Wnioskodawca jako prezes spółki z o.o. zawarł umowę o pracę z pełnomocnikiem firmy w sytuacji gdy: wniósł wkład w wysokości 49 000,00 zł, co pozwoliło na objęcie 49 z 50 udziałów, a jego wspólnik P. K. posiadał 1 udział w związku z wniesieniem wkładu w wysokości 1000 zł. Powyższa struktura udziałów wykluczała istnienie podporządkowania pracowniczego. Zatem zgłoszenie wnioskodawcy do ubezpieczeń społecznych jako pracownika było nieprawidłowe. Tym samym w ocenie organu rentowego dokumenty składane za wnioskodawcę potwierdzające istnienie stosunku pracy wprowadziły organ rentowy w błąd co do prawa do świadczeń z tego tytułu. W konsekwencji to na wnioskodawcy spoczywa obowiązek zwrotu nienależnie pobranych świadczeń.

Wskazując na te zarzuty skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w podanym zakresie i oddalenie odwołania, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpatrzenia.

W odpowiedzi na powyższe pełnomocnik wnioskodawcy wniósł o oddalenie apelacji skarżącego jako bezzasadnej i zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego według norm prawem przewidzianych.

Sąd Okręgowy w Łodzi zważył co następuje.

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

W ocenie Sądu Okręgowego, Sąd pierwszej instancji wydał trafne orzeczenie, znajdujące oparcie w zebranych w sprawie materiale dowodowym i obowiązujących przepisach prawa.

Spór w niniejszej sprawie dotyczył prawa wnioskodawcy do zasiłku chorobowego za okresy podane w zaskarżonych decyzjach, jak również zobowiązania ww. do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń z tego tytułu wraz z ustawowymi odsetkami.

Istota sporu na etapie apelacji sprowadza się do rozstrzygnięcia zagadnienia czy żądanie zwrotu wskazanych świadczeń przez ZUS jest zasadne.

Celem wyjaśnienia spornej kwestii, Sąd I instancji dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych, w oparciu o które wysnuł trafne wnioski.

Wbrew twierdzeniom apelacji brak jakichkolwiek podstaw do przyjęcia, iż Sąd Rejonowy naruszył prawo materialne.

Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2017 roku, poz. 1368, ze zm.) ubezpieczony nabywa prawo do zasiłku chorobowego, gdy stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego.

W myśl art. 66 ust. 2 i 3 ww. ustawy jeżeli świadczenie zostało pobrane nienależnie z winy ubezpieczonego lub wskutek okoliczności, o których mowa w art. 15-17 i art. 59 ust. 6 i 7, wypłacone kwoty podlegają potrąceniu z należnych ubezpieczonemu zasiłków bieżących oraz z innych świadczeń z ubezpieczeń społecznych lub ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

Z kolei art. 84 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1778) stanowi, iż 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. 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.

Podstawowym warunkiem uznania, iż wypłacone świadczenie podlega zwrotowi, zgodnie z art. 84 ust. 2 pkt 1 ustawy systemowej jest brak prawa do świadczenia oraz posiadanie świadomości tego faktu przez osobę przyjmującą świadczenie w związku ze stosownym pouczeniem. Przy czym obie te przesłanki wystąpić muszą w trakcie pobierania świadczenia a nie po zaprzestaniu jego wypłaty (por wyrok SA Szczecin z dnia 06-12-2012 III AUa 548/12 - wyrok SN - Izba Pracy z dnia 02-12-2009 I UK 174/09). W konsekwencji, jeśli w trakcie pobierania świadczenia jest ono „należne”, a wiedza świadczeniobiorcy o okolicznościach przeciwnych wyłączających do niego prawo, występuje post factum, nie ma podstaw do uznania, że należności wypłacone podlegają zwrotowi na podstawie art. 84 ustawy systemowej.

Nienależnie pobrane świadczenie jest także wówczas, gdy zostało wypłacone na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd organu wypłacającego

świadczenia przez osobę pobierającą świadczenie (wyrok s.apel. w Rzeszowie 2015.02.25 III AUa 855/14 LEX nr 1665127). Tym samym, warunkiem zwrotu świadczeń nieprawidłowo wypłaconych organowi rentowemu jest ustalenie obok braku prawa do świadczenia, winy wnioskodawcy tj. jego świadomości w zakresie poboru świadczeń, do których nie ma tytułu prawnego, bądź też świadomego wprowadzenia w błąd organu rentowego co do okoliczności warunkujących wypłatę świadczeń. Prawo ubezpieczeń społecznych nie wykształciło własnej definicji winy. Przyjmuje się, że świadomym wprowadzeniem w błąd jest umyślne działanie świadczeniobiorcy, które ma postać zamiaru bezpośredniego lub zamiaru ewentualnego. W rozumieniu art. 84 ust. 2 pkt 2 u.s.u.s. błąd stanowi więc następstwo świadomego działania pobierającego świadczenie, determinowanego wolą wywołania przekonania po stronie organu, iż zostały spełnione warunki nabycia prawa do świadczenia lub świadczenia o określonej wysokości. Swoistym przypadkiem świadomego wprowadzenia organu rentowego w błąd jest tzw. przemilczenie.

W przypadku wnioskodawcy, co na tym etapie postępowania jest niesporne, zasiłek chorobowy został wypłacony wnioskodawcy bez podstawy prawnej wobec nieprawidłowego objęcia A. P. ubezpieczeniem pracowniczym. Przy czym, sam fakt braku prawa wnioskodawcy do świadczeń nie jest jeszcze tożsamy z obowiązkiem ich zwrotu. W prawie ubezpieczeń społecznych, w którym pojęcie nienależnego świadczenia obejmuje także delikt wyłudzenia świadczeń, obowiązek ich zwrotu - ograniczony do wypadków, w których wzbogacony przyjął świadczenia w złej wierze, wiedząc, że mu się one nie należą - dotyczy bowiem osoby, która uzyskała świadczenia na podstawie nieprawdziwych zeznań lub dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd instytucji ubezpieczeniowej. (...), wiąże się zawsze z pierwotną wadliwością rozstrzygnięcia organu rentowego lub odwoławczego, z etapem ustalania prawa do świadczeń, a jego istotną cechą konstrukcyjną, odróżniającą od innych uchybień organów rentowych lub odwoławczych, jest istnienie fałszywego wyobrażenia organu o stanie uprawnień wnioskodawcy, wywołanego na skutek świadomego zachowania osoby pobierającej świadczenie /por. wyrok SN z 9 lutego 2017 r. II UK 699/15 opubl. L. r. (...).

Chybionym jest twierdzenie apelacji, iż wydając zaskarżone orzeczenie Sąd I instancji nie wziął pod uwagę stanu faktycznego będącego podstawą do wydania decyzji z dnia 3 kwietnia 2015r. Konkretnie zaś okoliczności, że struktura udziałów w Przedsiębiorstwie Budownictwa (...) spółce z o.o. wykluczała istnienie podporządkowania pracowniczego wnioskodawcy jako jej prezesa, a co za tym idzie zgłoszenie wnioskodawcy do ubezpieczeń społecznych jako pracownika było nieprawidłowe. Tym samym dokumenty składane za wnioskodawcę potwierdzające istnienie stosunku pracy wprowadziły organ rentowy w błąd co do prawa do świadczeń z tego tytułu.

Twierdzenie to nie znajduje żadnego oparcia w okolicznościach sprawy. Jak wynika wprost z uzasadnienia zaskarżonego rozstrzygnięcia stan ten był przedmiotem analizy Sądu I instancji. Przy czym w ocenie Sądu Okręgowego wnioski wywiedzione przez Sąd przy uwzględnieniu tych okoliczności zasługują na pełną akceptację.

Jeszcze raz podnieść należy, że brak jest jakichkolwiek podstaw do uznania, iż wnioskodawca w sposób zawiniony przyczynił się do wypłaty zasiłku chorobowego za sporne okresy w sposób nieuprawniony.

Bezspornie nieprawidłowe objęcie ubezpieczeniem pracowniczym A. P. nastąpiło w kwietniu 2010 roku. Przez 5 lat tj. do 3 kwietnia 2015 r. kiedy to ZUS stwierdził, że A. P. nie podlega ubezpieczeniom społecznym jako pracownik z tytułu zatrudnienia u płatnika składek – Przedsiębiorstwa Budownictwa (...) spółka z o.o. z siedzibą w Ł., wnioskodawca był objęty ubezpieczeniem, a należne składki z tego tytułu były przez płatnika odprowadzane. Przez cały ten okres organ rentowy nigdy nie sygnalizował wadliwego zgłoszenia do ubezpieczeń. Nawet wtedy gdy w 2011 r. ubezpieczony ubiegał się o wypłatę spornych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego, organ nie podnosił kwestii podlegania, bądź niepodlegania systemowi ubezpieczeń społecznych, bądź też podstawy tego ubezpieczenia. Nadto w okresie od dnia 1 kwietnia 2010 roku do dnia wydania decyzji z dnia 3 kwietnia 2015 roku organ rentowy niejednokrotnie wypłacił wnioskodawcy zasiłek chorobowy – i w żadnym z tych przypadków nie było przez organ rentowy kwestionowane prawo wnioskodawcy do tego świadczenia. Wnioskodawca nie był również przez organ rentowy pouczony o braku podstaw do wypłacenia mu środków z tytułu zasiłku chorobowego, z uwagi na brak podlegania przez niego systemowi ubezpieczeń społecznych. Dopiero w wyniku kontroli przeprowadzonej w 2015 roku, ZUS powołując się na dorobek orzeczniczy Sądu Najwyższego uznał, iż A. P. winien być traktowany

nie jako pracownik, ale jak osoba prowadząca działalność gospodarczą, co skutkowało zakwestionowaniem jego podstawy ubezpieczeń społecznych. Zgodzić należy się zatem z Sądem Rejonowym, że w okresach objętych decyzją wnioskodawca pobierał zasiłek chorobowy nie mając świadomości, że nie podlegał ubezpieczeniu chorobowemu jako pracownik. Wypłata świadczeń z ubezpieczenia chorobowego wnioskodawcy, na skutek zgłoszenia do ubezpieczeń pod wadliwym tytułem, nie nastąpiła w efekcie świadomego wprowadzenia organu rentowego w błąd. Brak jest jakichkolwiek dowodów potwierdzających tą okoliczność. Do dnia otrzymania decyzji ZUS z dnia 3 kwietnia 2015 roku, wnioskodawca nie miał świadomości, iż nie podlega ubezpieczeniom. Zgłaszając wadliwy tytuł ubezpieczenia, nie działał celem wprowadzenia organu rentowego w błąd. Do wypłaty zasiłku chorobowego nie doszło zatem wskutek przekazania nieprawdziwych informacji – zawinionego działania lecz danych nieprawidłowych.

W ocenie Sądu II instancji, w związku z powyższym, wbrew twierdzeniom apelacji brak podstaw do uznania, iż doszło do spełnienia przesłanek z art. 66 ust. 2 i 3 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz z art. 84 ust. 1 i 2 ustawy systemowej. Zasiłek chorobowy nie został pobrany nienależnie z winy ubezpieczonego. Nie miała także miejsce sytuacja, aby świadczenie to zostało wypłacone mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń, a wnioskodawca był pouczony o braku prawa do ich pobierania, bądź by świadczenia zostały wypłacone na podstawie nieprawdziwych zeznań, fałszywych dokumentów albo wskutek świadomego wprowadzania w błąd organu rentowego. Organ rentowy, mimo że dowód istnienia przesłanek zwrotu świadczenia nienależnego właśnie go obciąża / wyr. SN z dnia 9.02.2017 r. II UK 699/15 opubl. Legalis nr 1587575/ tych okoliczności nie wykazał. W istocie dostrzec należy, iż działanie wnioskodawcy było wadliwe, lecz ZUS w długim okresie wypłaty świadczeń go nie kwestionował. Tymczasem organ rentowy w każdym przypadku, również ewentualnego podania przez zainteresowanego nieprawdziwych danych, nie jest zwolniony z dokładnego, merytorycznego zbadania kierowanej do niego dokumentacji (tak Sąd Apelacyjny w Krakowie w wyroku z dnia 16 stycznia 2014 r., III AUa 883/13, LEX nr 1425424). Z tych też względów żądanie zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego wbrew stanowisku apelanta nie jest uprawnione.

Orzeczenie Sądu I instancji w pełni zatem odpowiada prawu.

Biorąc powyższe pod uwagę, Sąd Okręgowy na podstawie art. 385 kpc oddalił apelację skarżącą jako bezzasadną.

O kosztach zastępstwa procesowego za II instancję orzeczono na podstawie art. 98 kpc w związku z § 10 ust. 1 pkt 1 i § 9 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz. U. 2015 poz. 1800 ze zm.).

del. SSR Anna Przybylska SSO Barbara Kempa SSO Monika Pawłowska-Radzińska

ZARZĄDZENIE

odpis wyroku z uzasadnieniem dor. pełn. ZUS

J.L.