

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 14 stycznia 2021 r Sąd Rejonowy dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi, X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych po rozpoznaniu sprawy z odwołania D. K. przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych I Oddziałowi w Ł. o zasiłek chorobowy, zasiłek opiekuńczy, świadczenie rehabilitacyjne

na skutek odwołania od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddziału w Ł. z dnia:

- 5 marca 2019 r., znak (...) - (...), nr (...)
- 29 kwietnia 2019 r., znak (...) - (...), nr (...),
- 22 listopada 2019 r., znak (...) - (...), nr (...),
- 22 listopada 2019 r., znak (...) - (...), nr (...):

I/ umorzył postępowanie w zakresie roszczenia o odsetki za okres do daty wydania decyzji oraz zwrotu nienależnie pobranego zasiłku opiekuńczego za okres od 13 do 27 listopada 2017 r. co do kwoty powyżej 2496,15 zł.,

II/ oddalił odwołanie w pozostałej części,

III/ zniósł wzajemnie pomiędzy stronami koszty procesu.

Powyższe rozstrzygnięcie Sąd oparł o następujące ustalenia faktyczne i rozważania prawne:

Wnioskodawczynie zgłosiła się do ubezpieczeń społecznych z tytułu działalności gospodarczej i za okres od kwietnia do czerwca 2015 r. rozliczyła składki od podstawy wymiaru w kwocie 9897,50 zł. Następnie od 6 lipca do 31 sierpnia 2015 r. wnioskodawczynie pobierała zasiłek chorobowy, a od 1 września 2015 r. do 23 sierpnia 2016 r. zasiłek macierzyński. Od 24 sierpnia 2016 r. do 21 lutego 2017 r. wnioskodawczynie wypłacono zasiłek chorobowy, a od 22 lutego 2017 r. do 21 czerwca 2016 r. świadczenie rehabilitacyjne. Następnie od 20 września 2017 r. do 31 października 2017 r. wnioskodawczynie pobrała zasiłek opiekuńczy. Za listopad 2017 r. wnioskodawczynie rozliczyła składki od podstawy wymiaru w kwocie 2557,80 zł.

Następnie Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. wypłacił D. K. łącznie kwotę 64510,30 zł. tytułem zasiłku chorobowego za okres od 22 grudnia 2017 r. do 21 czerwca 2018 r. i prawa do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 22 czerwca 2018 r. do 19 września 2018 r., a nadto zasiłek opiekuńczy od podstawy wymiaru 8540,55 zł. za okres od 13 listopada 2018 r. do 27 listopada 2018 r. w wysokości 3416,25 zł. Różnica pomiędzy zasiłkiem opiekuńczym wypłaconym, a wyliczonym od podstawy w wysokości 2300,32 zł. wynosi 2496,15 zł.

Decyzją z dnia 25 lutego 2019 r. nr (...), znak (...) - (...), RWA (...) - (...)2-2-66 Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. stwierdził, że D. K. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą nie podlega od dnia 1 listopada 2017 r. ubezpieczeniom społecznym, w tym dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Podstawą faktyczną decyzji było ustalenie przez organ rentowy, że wnioskodawczynie nie podjęła działalności gospodarczej od dnia 1 listopada 2017 r., a zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych miało na celu osiągnięcie nieuzasadnionych korzyści z systemu ubezpieczenia społecznego, kosztem innych uczestników tego systemu.

D. K. złożyła od powyższej decyzji odwołanie do Sądu Okręgowego w Łodzi. Prawomocnym wyrokiem z dnia 1 października 2019 r. w sprawie VIII 1252/19 Sąd Okręgowy w Łodzi zmienił w/w decyzję w ten sposób, że ustalił, że wnioskodawczynie podlegała ubezpieczeniom społecznym, w tym dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 1 listopada 2018 r., a w pozostałej części odwołanie oddalił.

Sąd Rejonowy wskazał, że zgodnie z art. 365. § 1 KPC orzeczenie prawomocne wiąże nie tylko strony i sąd, który je wydał, lecz również inne sądy oraz inne organy państwowe i organy administracji publicznej, a w wypadkach w ustawie przewidzianych także inne osoby. Stosownie do treści art. 366 KPC wyrok prawomocny ma powagę rzeczy osądzonej tylko co do tego, co w związku z podstawą sporu stanowiło przedmiot rozstrzygnięcia, a ponadto tylko między tymi samymi stronami.

Prawomocnym wyrokiem Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 1 października 2019 r. w sprawie VIII 1252/19 przesądzone, że od 1 listopada 2017 r. do 31 października 2018 r. wnioskodawczyni nie podlegała ubezpieczeniom społecznym, w tym dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu działalności gospodarczej z uwagi na brak faktycznego prowadzenia działalności gospodarczej w listopadzie 2017 r.

Sąd I instancji przypomniał, że zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jedn. Dz. U. z 2005 r. ubezpieczony nabywa prawo do zasiłku chorobowego po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego - jeżeli jest ubezpieczony dobrowolnie. Stosownie zaś do treści art. 32 powołanej ustawy zasiłek opiekuńczy przysługuje ubezpieczonemu zwolnionemu od wykonywania pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki (...).

Jak wynika z dokonanych ustaleń wnioskodawczyni nie podlegała od dnia 1 listopada 2017 r. dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Zgodnie z art. 66 ust. 2 i 3 powołanej 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. Decyzja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w sprawie zwrotu bezpodstawnie pobranych zasiłków stanowi tytuł wykonawczy w postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Przepis ten reguluje zasady egzekucji nienależnie pobranego świadczenia, natomiast materialnoprawną podstawę żądania zwrotu nienależnych świadczeń stanowi art. 84 ust. 1, 2 i 3 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr 137, poz. 887), zgodnie z którym 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 pouczone 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.

Przesłanki powyższego artykułu zostały w ocenie Sądu Rejonowego spełnione. Nienależna wypłata zasiłków za wszystkie wskazane w decyzji okresy nastąpiła na skutek świadomego wprowadzenia w błąd organu rentowego co podjęcia przez D. K. działalności gospodarczej od dnia 1 listopada 2017 r., co wnioskodawczyni uczyniła poprzez opłacenie na konto organu rentowego składek za ten miesiąc. Dało to podstawę formalną do wypłaty na rzecz wnioskodawczyni spornych zasiłków, począwszy od 22 grudnia 2017 r.

Odnosząc się do argumentacji zawartej w piśmie procesowym pełnomocnika wnioskodawczyni z dnia 24 listopada 2020 r., k. 89 i nast. nie można się zgodzić ze stwierdzeniem pełnomocnika, że wnioskodawczyni nie miała świadomości, iż wypłacone świadczenia jej się nie należą. Wnioskodawczyni miała świadomość, że nie podjęła działalności gospodarczej, a to jest wystarczające do przyjęcia po jej stronie świadomości braku podstaw do pobierania z systemu ubezpieczeń społecznych jakichkolwiek świadczeń.

Nadto historia ubezpieczeniowa wnioskodawczyni, w tym deklarowanie maksymalnej podstawy wymiaru składek krótko przed korzystaniem z długotrwałych zwolnień lekarskich związanych z macierzyństwem świadczy o dobrej

znajomości przez ubezpieczoną zasad pobierania świadczeń z ubezpieczeń społecznych. Brak zatem było konieczności kierowania do wnioskodawczyni jakichkolwiek pouczeń w tej kwestii.

Natomiast Sąd Rejonowy rozpoznający zdystansował się od poglądów wyrażonych przez Sąd Najwyższy w powołanej prze pełnomocnika sprawie III UK 193/17 (k. 91), z tym zastrzeżeniem, że twierdzenia te mogły być adekwatne w stanie faktycznym tej w/w sprawy poddanej pod osąd Sądu Najwyższego. Należy bowiem pamiętać, że orzeczenia Sądu Najwyższego zapadają zawsze w określonych stanach faktycznych, a formułowane tezy mają ograniczone zastosowanie w innych sprawach, nawet jeśli wydają się one podobne.

Tezy w/w orzeczenia nie mogą natomiast wspierać argumentacji w tej sprawie, jak i wielu podobnych toczących się przed tut. Sądem. Przede wszystkim podkreślić należy, że system ubezpieczeń społecznych jest tak skonstruowany, że opiera się na zaufaniu do ubezpieczonych. Praktyka pokazuje niestety, że w tej sprawie, jak i wielu podobnych dochodzi do licznych nadużyć, których ujawnienie jest zadaniem niezwykle karkołomnym dla organu rentowego. Potrzeba niekiedy kilkudziesięciu miesięcy, aby móc retrospektywnie ocenić, że zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych nie było poprzedzone nawiązaniem stosunku pracy czy też podjęciem działalności gospodarczej, a jedynie sporządzeniem szeregu dokumentów stwarzających pozory powstania tytułu ubezpieczeń społecznych – w celu korzystania ze świadczeń, bez stosowanego ekwiwalentu w składce. Dlatego w ocenie Sądu Rejonowego rozpoznającego niniejszą sprawę nie można zarzucić organowi rentowemu, że „bezrefleksyjnie wypłacił świadczenia”, zwłaszcza, że na ich realizację prawo przewiduje ściśle określone terminy. Organ rentowy nie ma możliwości na bieżąco kontrolować wszystkich ubezpieczonych co do faktycznego powstania tytułu ubezpieczeń. Natomiast ubezpieczeni, którzy wprowadzają organ rentowy w błąd muszą liczyć się z obowiązkiem zwrotu wypłaconych świadczeń, nawet po kilku latach.

Interes wnioskodawczyni został należycie i wystarczająco zabezpieczony poprzez obciążenie obowiązkiem zapłaty odsetek dopiero po dacie doręczenia spornych decyzji. Podstawę prawną w tym względzie stanowi przepis art. 84 ust. 1 powołanej ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

Odnosnie zasiłku opiekuńczego pobranego za okres od okres od 13 listopada 2018 r. do 27 listopada 2018 r., wskazać należy, zdaniem Sądu Rejonowego, że świadczenie to przysługuje osobie podlegającej ubezpieczeniu chorobowemu bez zastosowania okresu wyczekiwania. Jak wynika z dokonanych ustaleń od 1 listopada 2018 r. wnioskodawczyni podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, a zatem nabyła prawo do tego rodzaju świadczenia. Przerwa w ubezpieczeniu spowodowała ponowne ustalenie podstawy wymiaru zasiłku zgodnie z art. 49 ust. 1 powołanej ustawy, zgodnie z którym jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, podstawę wymiaru zasiłku stanowi najniższa miesięczna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4 - dla ubezpieczonych, dla których określono najniższą podstawę wymiaru składek. W tym przypadku kwota ta wynosi 2300,32 zł. Nadpłata powstała z tytułu podania przez wnioskodawczynię nieprawdziwych danych odnośnie podjęcia od dnia 1 listopada 2017 r. działalności gospodarczej wyniosła 2493,15 zł. i podlega zwrotowi na tych samych zasadach, co sporny zasiłek chorobowy.

Na podstawie art. 477¹³ KPC Sąd umorzył postępowanie w zakresie odsetek za okres od daty wypłaty spornych świadczeń do daty doręczenia decyzji oraz częściowo wypłaconego zasiłku opiekuńczego. W pozostałej części odwołanie podlegało oddaleniu na podstawie art. 477(14) par. 1 KPC.

O kosztach orzeczono w oparciu o art. 100 KPC poprzez wzajemne ich zniesienie. Istotnie wnioskodawczyni w przeważającym zakresie przegrała sprawę, jednak w zakresie, w jakim postępowanie zostało umorzone wnioskodawczyni ją wygrała, a zatem organ rentowy dał podstawy do złożenia przedmiotowych odwołań.

Apelację od powyższego wyroku wniosła ubezpieczona reprezentowana przez pełnomocnika, zaskarżając wyrok w zakresie pkt. 2 i 3. Wyrokowi zarzuciła:

1. naruszenie przepisów prawa procesowego - art. 233 § 1 kpc:

- poprzez sprzeczność ustaleń z zebrany materiał dowodowy w szczególności z zeznaniami odwołującej, co doprowadziło do błędnego ustalenia stanu faktycznego i przyjęcia, że odwołująca miała świadomość, iż wypłacone świadczenia jej się nie należą, bowiem ta miała świadomość, że nie podjęła działalności gospodarczej, co jest wystarczające do stwierdzenia po jej stronie braku podstaw do pobierania z systemu ubezpieczeń społecznych jakichkolwiek świadczeń, podczas gdy odwołująca rozpoczęła prowadzenie działalności gospodarczej już w 2008 r oraz kontynuuje prowadzenie prowadzonej działalności, zaś okres, za który została wyłączona z ubezpieczeń dotyczy okresu od listopada 2017 do 31.10.2018 r co dobitnie świadczy, iż w chwili pobierania świadczeń nie miała świadomości, iż te są świadczeniami nienależnymi

- poprzez sprzeczność ustaleń z zebrany materiał dowodowy w szczególności z zeznaniami odwołującej, co doprowadziło do błędnego ustalenia stanu faktycznego i przyjęcia, że odwołująca świadomie wprowadziła w błąd ZUS, o czym miałyby świadczyć fakt zapłaty składki za listopad 2017 r, podczas, gdy był to jej prawny obowiązek na ten moment, skoro prowadziła działalność i podlegała ubezpieczeniom od 2008 r, a decyzja wyłączająca zapadła w 2019 r, a do tej pory ZUS składki przyjmował i wypłacał świadczenia

- poprzez sprzeczność ustaleń z zebrany materiał dowodowy w szczególności z zeznaniami odwołującej, co doprowadziło do błędnego ustalenia stanu faktycznego i przyjęcia, że odwołująca nie musiała być pouczona o okolicznościach zwrotu świadczenia, bowiem doskonale znała zasady wypłacania świadczeń, podczas gdy z zebranego w sprawie materiału dowodowego wynika, że odwołująca nie była pouczona o okolicznościach, które spowodują obowiązek zwrotu świadczeń oraz fakt, iż gdyby odwołująca była pouczona o takich okolicznościach nigdy nie pobrałaby spornych świadczeń.

2. naruszenie art. 365 § 1 kpc poprzez uznanie, iż odwołanie podlega oddaleniu, bowiem Sąd jest związany prawomocnym orzeczeniem w zakresie podlegania ubezpieczeniom społecznym podczas, gdy sąd był zobowiązany samodzielnie ustalić przesłanki dotyczące zwrotu nienależnie pobranego świadczenia.

3. naruszenie art. 84 ustawy z dnia 13.10.1998 o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez błędną wykładnię i przyjęcie, że:

- ubezpieczony nie musi być pouczony o okolicznościach powodujących zwrot świadczeń, podczas gdy warunek taki wynika wprost z przepisów prawa i bez znaczenia pozostają takie okoliczności jak znajomość przepisów prawa

- dokonanie zapłaty składki za listopad 2017 r stanowi wprowadzenie ZUS w błąd, podczas, gdy był to prawny obowiązek odwołującej.

W związku z powyższym wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku i uwzględnienie odwołania w całości oraz o zasądzenie kosztów sądowych, w tym również kosztów zastępstwa radcy prawnego za obie instancje według norm przepisanych.

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Zaskarżony wyrok Sądu Rejonowego jest prawidłowy i znajduje oparcie zarówno w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym, jak i obowiązujących przepisach prawa.

Sąd Okręgowy w pełni aprobuje ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji i przyjmuje je za własne, podziela również wywody prawne zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, nie znajdując żadnych podstaw do jego zmiany bądź uchylecia.

Podniesione przez stronę apelującą zarzuty w żaden sposób nie podważają prawidłowości rozstrzygnięcia Sądu I instancji. Dokonana przez ów sąd wykładnia przytoczonych przepisów prawa materialnego i procesowego nie budzi

zastrzeżeń Sądu rozpatrującego apelację. Celem wyjaśnienia spornej kwestii, Sąd I instancji przeprowadził właściwe postępowanie dowodowe. Dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych, w oparciu o które wysnuł trafne wnioski. Wbrew twierdzeniom apelacji postępowanie dowodowe zostało przeprowadzone w prawidłowym zakresie.

W myśl art. 233 kpc sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Oznacza to, że wszystkie ustalone w toku postępowania fakty powinny być brane pod uwagę przy ocenie dowodów, a tok rozumowania sądu powinien znaleźć odzwierciedlenie w pisemnych motywach wyroku. Przepis ten daje wyraz obowiązywaniu zasady swobodnej oceny dowodów. Swobodna ocena dowodów odnosi się do wyboru określonych środków dowodowych i do sposobu ich przeprowadzenia. Mają być one ocenione konkretnie i w związku z całym zebrany materiał dowodowy. Ramy swobodnej oceny dowodów wyznaczone są wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego oraz regułami logicznego myślenia, według których sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i wając ich moc oraz wiarygodność, odnosi je do pozostałego materiału dowodowego (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 czerwca 1999 roku, sygn. akt: II UKN 685/98, OSNAPUiS 2000 nr 17, poz. 655).

W ocenie Sądu Okręgowego dokonana przez Sąd Rejonowy ocena zgromadzonego w postępowaniu materiału dowodowego jest prawidłowa. Słusznie ustalił Sąd Rejonowy, że odwołująca miała świadomość, iż wypłacone świadczenia jej się nie należą, bowiem pozorując wznowienie działalności gospodarczej poprzez zapłatę składki miała świadomość, że nie podejmuje działalności gospodarczej, co jest wystarczające do stwierdzenia po jej stronie braku podstaw do pobierania z systemu ubezpieczeń społecznych jakichkolwiek świadczeń i bez znaczenia pozostaje okoliczność, iż działalność była prowadzona od 2008 roku, albowiem ubezpieczona miała przerwę w jej świadczeniu. Natomiast zapłata składki nie stanowiła prawnego obowiązku w sytuacji pozorowania wykonywania wznowionej działalności. Prawidłowo także przyjął Sąd Rejonowy, że odwołująca nie musiała być pouczona o okolicznościach zwrotu świadczenia, albowiem doskonale знаła zasady wypłacania świadczeń, nadto powyższa okoliczność pozostawała bez wpływu na rozstrzygnięcie z uwagi na podstawę prawną żądania zwrotu (świadome wprowadzenie w błąd), o czym mowa będzie w dalszej części rozważań.

Należy przypomnieć, że zgodnie z treścią art. 365 § 1 k.p.c., prawomocne orzeczenie wiąże nie tylko strony i sąd, który je wydał, lecz również inne sądy oraz inne organy państwowe i organy administracji publicznej, a w wypadkach w ustawie przewidzianych także inne osoby. Według Sądu Najwyższego, wynikająca z art. 365 kpc moc wiążąca orzeczenia oznacza, że żaden z podmiotów nią objętych nie może negować faktu istnienia prawomocnego orzeczenia i jego określonej treści, niezależnie od tego, czy był stroną postępowania (wyrok SN z dnia 15 lipca 1998 r., II UKN 129/98, OSNP 1999, nr 13, poz. 437). Skutkiem zasady mocy wiążącej prawomocnego wyroku jest to, że przesądzenie we wcześniejszym wyroku kwestii o charakterze prejudycjalnym oznacza, że w procesie późniejszym ta kwestia nie może być już w ogóle badana. Zachodzi tu zatem ograniczenie dowodzenia faktów objętych prejudycjalnym orzeczeniem (wyrok SN z dnia 12 lipca 2002 r., (...), Lex nr 74492). Związanie orzeczeniem oznacza niedopuszczalność nie tylko dokonywania ustaleń sprzecznych z nim, ale nawet przeprowadzania postępowania dowodowego w tym zakresie (wyrok SN z dnia 12 maja 2011 roku, (...), Lex nr 852766). Moc wiążąca orzeczenia określona w art. 365 § 1 k.p.c. oznacza zatem, że dana kwestia prawna, która była przedmiotem rozstrzygnięcia w innej sprawie, a która ma znaczenie prejudycjalne w sprawie rozpoznawanej, kształtuje się tak jak to przyjęto we wcześniejszym prawomocnym orzeczeniu. Przesądzenie tej kwestii oznacza, że w późniejszym postępowaniu nie może być ona już ponownie badana, a zatem zachodzi konieczność ograniczenia dowodzenia faktów objętych prejudycjalnym orzeczeniem.

W tym kontekście brak jakichkolwiek podstaw do czynienia ustaleń w kwestii podlegania przez wnioskodawczynię ubezpieczeniom społecznym w spornym okresie. Kwestia ta została prawomocnie przesądzona. Z tych też względów jakakolwiek polemika z takim rozstrzygnięciem jest niedopuszczalna. Zostało ustalone, iż wnioskodawczyni pozorowała wznowienie prowadzenia działalności celem uzyskania prawa do świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Tym samym okoliczność ta nie może być pomijana w procesie niniejszym.

W konsekwencji powyższego prawidłowym jest ustalenie Sądu I instancji, że niezdolność wnioskodawczyni do pracy nie powstała w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego, czego wymaga przepis art. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, a w konsekwencji nie przysługiwało jej prawo do świadczeń z ubezpieczenia chorobowe, a wypłacone podlegały zwrotowi.

Art. 84 ust. 1 i 2 ustawy systemowej stanowi 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.

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.

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 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. Istotnym elementem konstrukcyjnym pojęcia nienależnego świadczenia jest świadomość osoby, która pobrała świadczenia, co do faktu, że zostało ono jej wypłacone bez podstawy prawnej na skutek świadomego wprowadzenia w błąd organu rentowego.

Nienależnie wypłacone i nienależnie pobrane są świadczenia przyznane lub wypłacone na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych wypadkach świadomego wprowadzania w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę je pobierającą. Istotną cechą konstrukcyjną tego rodzaju "błędu", odróżniającą go od innych uchybień organów rentowych lub odwoławczych, jest istnienie mylnego wyobrażenia organu o stanie uprawnień wnioskodawcy, które powstało na skutek świadomego zachowania osoby pobierającej świadczenie (por. R. Babińska, Pojęcie i rodzaje błędu, s. 56).

Judykatura określiła szeroko ramy zachowań kwalifikowanych jako świadome wprowadzenie w błąd organu ubezpieczeń społecznych jako działania ubezpieczonego polegające na bezpośrednim oświadczeniu nieprawdy, przemilczeniu faktu mającego wpływ na prawo do świadczeń, złożeniu wniosku w sytuacji oczywiście nieuzasadniającej powstania prawa do świadczenia, oraz okoliczność domniemanego współdziałania wnioskodawcy z innymi podmiotami we wprowadzeniu w błąd organu rentowego (wyr. SN z 5.4.2001 r., II UKN 309/00, OSNP 2003, Nr 2, poz. 44; wyr. SN z 8.1.1999 r., II UKN 406/98, OSNAPiUS 2000, Nr 5, poz. 196; wyr. SN z 29.7.1998 r., II UKN 147/98, OSNAPiUS 1999, Nr 14, poz. 471; wyr. SN z 20.5.1997 r., II UKN 128/97, OSNAPiUS 1998, Nr 6, poz. 192; wyr. SN z 14.4.2000 r., II UKN 500/99, OSNAPiUS 2001, Nr 20, poz. 623).

W ocenie Sądu Okręgowego na gruncie rozpoznawanej sprawy wbrew zapatrywaniom apelacji niewątpliwie wskazane przesłanki zostały spełnione. Wnioskodawczyni bezsprzecznie nie miała prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego skoro nie podlegała ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. I choć w istocie ubezpieczona pobierając zasiłek chorobowy nie była pouczona o braku prawa do tego świadczenia - art. 84 ust. 2 pkt 1 ww. ustawy systemowej, to ustalenie to nie jest wystarczającą podstawą do stwierdzenia, że nie obciąża jej obowiązek zwrotu pobranego zasiłku chorobowego, do którego utraciła prawo wskutek niepodlegania ubezpieczeniom. Zauważyć należy iż częsty brak pouczenia (ZUS nie wydaje najczęściej decyzji o przyznaniu zasiłku chorobowego a tylko to prawo realizuje) ubezpieczonych o konsekwencjach prawnych braku zgłoszenia faktu zaprzestania działalności gospodarczej byłby nadużywany przyjmując, że brak pouczenia zawsze

zwalniałby z odpowiedzialności prawnej. Dlatego, brak pouczenia nie może stanowić jedynej podstawy zmiany decyzji ZUS w sytuacji, gdy z powszechnej wiedzy obywateli wynika, że w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej tylko istnienie tytułu ubezpieczenia rodzi prawo do świadczeń. Tymczasem wnioskodawczyni faktyczny brak istnienia takiego tytułu przed organem rentowym przemilczała. Wznowienie działalności jedynie w celu uzyskania prawa do świadczeń przy jednoczesnym pozorowaniu jej wykonywania m.in. przez składanie dokumentów rozliczeniowych, przy faktycznym nieprowadzeniu działalności, zdaniem Sądu, należy więc kwalifikować za działania ubezpieczonej wprowadzające ZUS w błędne przeświadczenie, że brak jest przeszkód do przyznania zasiłku chorobowego. Zadaniem Sądu we wskazanym okresie należy więc mówić o świadomym wprowadzeniu w błąd organu rentowego przez wnioskodawczynię i świadomym poborze świadczeń, do których nie miała tytułu prawnego. Wnioskodawczyni jako osoba prowadząca działalność gospodarczą, powinna działać w pełni profesjonalnie. Tym samym winna wiedzieć i mieć pełną świadomość z jakiego tytułu i kiedy winna podlegać ubezpieczeniom społecznym w tym ubezpieczeniu chorobowemu. Z tych też względów jej działania, nie sposób traktować inaczej jak świadomego działania determinowanego wolą wywołania przekonania po stronie organu, iż zostały spełnione warunki nabycia prawa do świadczenia zasiłku chorobowego. Tym samym żądanie zwrotu uzyskanych przez nią nienależnie świadczeń za wskazy okres jest jak najbardziej uprawnione, a pouczenie co do braku prawa do świadczenia nie było konieczne, aby żądanie zwrotu było uzasadnione, stosownie do treści art. 84 ust. 2 pkt. 2 ustawy systemowej. Obowiązek zwrotu świadczenia obciąża tylko tego, kto przyjął świadczenie w złej wierze, mając świadomość jego nienależności. Dotyczy to zarówno osoby, która została pouczona o okolicznościach dotyczących braku prawa do pobierania świadczenia (art. 84 ust. 2 pkt 1 u.s.u.s.), jak i osoby, która uzyskała świadczenie na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd organu wypłacającego świadczenie (art. 84 ust. 2 pkt 2 u.s.u.s.). Świadomość nienależności świadczenia może mieć źródło w pouczeniu udzielonym przez organ rentowy co do okoliczności powodujących konieczność zwrotu świadczenia bądź też może wynikać z zawinonego działania osoby, która spowodowała wypłatę świadczeń, z czym mamy do czynienia w niniejszym postępowaniu. /por. w tym zakresie Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 11 marca 2020 r. III UK 72/19/.

Reasumując żaden z zarzutów apelacji nie okazał się uzasadniony.

Na marginesie należy wskazać dodatkowo, że mimo, iż w uzasadnieniu pojawiły się dodatkowe okoliczności w postaci zarzutu co do pomijania udziału pełnomocnika, to w tym zakresie nie został sformułowany konkretny zarzut apelacyjny z powołaniem się na naruszenie konkretnego przepisu, przy czym ubezpieczona była reprezentowana przez pełnomocnika na rozprawie, a Sąd Rejonowy odniósł się do zarzutów ubezpieczonej. Podobnie nie zostały sformułowane konkretne zarzuty naruszenia prawa w zakresie żądania odsetek. Należy tylko przypomnieć, że zgodnie z utrwalonym orzecznictwem w przypadku nienależnie pobranych świadczeń, odsetki bieżą dopiero od następnego dnia po doręczeniu decyzji zobowiązującej do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń. Organ rentowy ma obowiązek do naliczania odsetek ustawowych dopiero, jeżeli adresat decyzji nie zwróci nienależnie pobranego świadczenia niezwłocznie po otrzymaniu decyzji ustalającej obowiązek zwrotu. Odsetki, o których mowa w art. 84 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, nie bieżą więc przed doręzeniem decyzji ustalającej obowiązek zwrotu nienależnie pobranego świadczenia. W kwestii interpretacji rozumienia odesłania do prawa cywilnego zawartego w art. 84 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, wypowiedział się Sąd Najwyższy już w wyroku z dnia 3 lutego 2010 roku w sprawie o sygn. akt I UK 210/09 (lex 585713) oraz wcześniej w wyroku z dnia 16 grudnia 2008 roku w sprawie o sygn. akt I UK 154/08 (lex 488070). Zdaniem Sądu Najwyższego, odesłania tego nie można traktować tak szeroko, aby miało ono umożliwiać poszukiwanie w prawie cywilnym terminu wymagalności świadczeń podlegających zwrotowi, zaś w konsekwencji terminu, od którego można żądać odsetek. Jak wyjaśnił Sąd Najwyższy, zasady prawa cywilnego, których dotyczy odesłanie, odnoszą się jedynie do odsetek. Zasadą określoną w prawie cywilnym, odnoszącą się do odsetek jest możliwość ich żądania w razie opóźnienia się dłużnika ze spełnieniem świadczenia (art. 481 § 1 k.c.). Natomiast określenie terminu, od kiedy dłużnik pobierający nienależne świadczenie z ubezpieczenia społecznego opóźnia się z jego zwrotem, nie jest objęte odesłaniem. Zgodnie ze stanowiskiem Sądu Najwyższego, nie jest to materia zasad prawa cywilnego, lecz prawa ubezpieczeń społecznych (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 grudnia 2008 r., sygn. akt I UK 154/08 (lex 488070), wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 21 marca 2013 r., sygn. akt III AUa 1311/12 (lex 1298936), wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia

8 stycznia 2014 r., sygn. akt III AUa 734/13, wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 27 marca 2014 r., sygn. akt VII Ua 15/14). Skoro zatem wydanie decyzji administracyjnej jest konieczne w celu stwierdzenia obowiązku zwrotu nienależnie pobranego świadczenia, nie można mówić o opóźnieniu w spełnieniu tego obowiązku przed wydaniem decyzji. Konsekwencją powyższego jest uznanie, że nie ma podstaw do żądania przez organ rentowy zwrotu odsetek naliczanych od dnia wypłaty świadczenia uznanego za nienależne (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia z dnia 19 listopada 2013 r., sygn. akt III AUa 198/13). W orzecznictwie nie budzi wątpliwości, iż nienależnie pobrane świadczenie z ubezpieczenia społecznego nie podlega zwrotowi w dacie wypłaty. Świadczenia z ubezpieczeń społecznych są przyznawane i wypłacane w drodze decyzji administracyjnych. Nie byłby zatem uzasadniony wniosek, że świadczenia wypłacone na podstawie pozostającej w obrocie prawnym decyzji administracyjnej - jako nienależne - podlegają zwrotowi w dacie wypłaty, choćby przesłanki przyznania świadczenia w rzeczywistości nie istniały lub odpadły. Świadczenia takie podlegają zwrotowi, gdy organ rentowy wyda stosowną decyzję. Pogląd ten znajduje uzasadnienie również w treści art. 84 ust. 4 i 7 ustawy systemowej, w których użyto sformułowania "kwoty nienależnie pobranych świadczeń ustalone prawomocną decyzją" oraz "uprawomocnienie się decyzji ustalającej te należności" (tak też: Sąd Najwyższy w wyroku z 3 lutego 2010 r., I UK 210/09). Reasumując, ostatecznie żądanie odsetek od nienależnie pobranego świadczenia od następnego dnia po doręczeniu decyzji o obowiązku ich zwrotu było prawidłowe.

Biorąc powyższe pod uwagę, na mocy art. 385 kpc, Sąd Okręgowy w Łodzi oddalił, apelację wnioskodawczyni jako bezzasadną.

Przewodnicząca: Sędziowie: