

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 29 stycznia 2014 roku, numer (...), organ rentowy stwierdził obowiązek M. Ł. zwrotu nadpłaconych świadczeń (zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego) w kwocie 105.612,51 zł netto.

W dniu 27 lutego 2014 roku wnioskodawczyni, reprezentowana przez profesjonalnego pełnomocnika, złożyła odwołanie od wyżej wymienionej decyzji wnosząc o jej zmianę.

Decyzją z dnia 27 sierpnia 2014 roku nr (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w Ł. odmówił M. Ł. prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 29 grudnia 2010 roku do dnia 28 czerwca 2011 roku, od dnia 18 sierpnia 2011 roku do dnia 14 lutego 2012 roku, od dnia 23 lutego 2012 roku do dnia 22 sierpnia 2012 roku, świadczenia rehabilitacyjnego za okres od dnia 23 sierpnia 2012 roku do dnia 17 sierpnia 2013 roku, zasiłku chorobowego za okres od dnia 23 sierpnia 2013 roku do dnia 26 sierpnia 2013 roku, od dnia 28 sierpnia 2013 roku do dnia 21 lutego 2014 roku oraz świadczenia rehabilitacyjnego za okres od dnia 22 lutego 2014 roku do 21 czerwca 2014 roku, a ponadto zobowiązał wnioskodawczynię do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego wraz z odsetkami w łącznej kwocie 183.818,52 zł.

W dniu 26 września 2014 roku Pani M. Ł. złożyła odwołanie od wyżej wymienionej decyzji wnosząc o jej uchylenie.

Wyrokiem z dnia 31 października 2019r. Sąd Rejonowy dla Łodzi Śródmieścia w Łodzi odrzucił odwołanie od pisma z dnia 29 stycznia 2014r., zmienił zaskarżoną decyzję z dnia 27 sierpnia 2014 roku w ten sposób, że nie zobowiązał M. Ł. do zwrotu odsetek w kwocie 33 777,37zł oraz oddalił odwołanie w pozostałym zakresie.

Sąd Okręgowy w Łodzi wyrokiem z dnia 5 sierpnia 2020r. w sprawie o sygn. akt VIII Ua 129/19 na skutek apelacji ubezpieczonej uchylił zaskarżony wyrok, zniósł postępowanie od dnia 24 października 2019 roku i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania Sądowi Rejonowemu dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi X Wydziałowi Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania za II instancję. W uzasadnieniu Sąd Okręgowy wskazał, iż pismo z dnia 29 stycznia 2014. stanowi decyzję, a zatem należy je merytorycznie rozpoznać.

Wyrokiem z dnia 25 lutego 2021 r., Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, po rozpoznaniu sprawy z odwołania M. Ł. od decyzji ZUS z dnia 27 sierpnia 2014 roku w sprawie numer (...) i z dnia 29 stycznia 2014r. nr (...) w punkcie 1 zmienił zaskarżoną decyzję z dnia 27 sierpnia 2014 r. w ten sposób, że nie zobowiązał M. Ł. do zwrotu odsetek w kwocie 33 777,37zł, w punkcie 2 zmienił zaskarżoną decyzję z dnia 29 stycznia 2014r. i nie zobowiązał M. Ł. do zwrotu kwoty 105.612,51 zł netto, oddalił odwołanie w pozostałej części (punkt 3), zasądził od pozwanego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w Ł. na rzecz M. Ł. kwotę 405 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego (punkt 4).

Powyższe orzeczenie zapadło w oparciu o następujące ustalenia faktyczne.

W okresie od dnia 27 sierpnia 2007 roku do dnia 31 grudnia 2008 roku Pani M. Ł. prowadziła działalność gospodarczą. Dnia 5 stycznia 2009 roku wnioskodawczyni zgłosiła zawieszenie działalności z datą wyrejestrowania od dnia 1 stycznia 2009 roku. Działalność w zakresie usług transportowych została wznowiona od dnia 1 grudnia 2010 roku.

Zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych z tytułu pozarolniczej działalności gospodarczej Pani M. Ł. dokonała w dniu 14 stycznia 2011 roku deklarując podstawę wymiaru składek na kwotę 7000 zł .

W dniu 29 grudnia 2010 roku wnioskodawczyni uległa wypadkowi.

Od dnia 29 grudnia 2010 roku wnioskodawczyni stała się niezdolna do pracy. Zakład Ubezpieczeń Społecznych wypłacił Pani M. Ł. zasiłek chorobowy za okres od dnia 29 grudnia 2010 roku do dnia 28 czerwca 2011 roku, od dnia 18 sierpnia 2011 roku do dnia 14 lutego 2012 roku, od dnia 23 lutego 2012 roku do dnia 22 sierpnia 2012 roku, od dnia

23 sierpnia 2013 roku do dnia 26 sierpnia 2013 roku, od dnia 28 sierpnia 2013 roku do dnia 21 lutego 2014 roku oraz świadczenie rehabilitacyjne za okres od dnia 23 sierpnia 2012 roku do dnia 17 sierpnia 2013 roku oraz od dnia 22 lutego 2014 roku do dnia 21 czerwca 2014 roku. Decyzją z dnia 25 lipca 2014 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w Ł. Inspektorat w P. stwierdził, iż Pani M. Ł., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą nie mająca ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa, niż 60 % kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia nie podlega obowiązkowo – ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowym

i wypadkowemu od dnia 1 grudnia 2010 roku oraz dobrowolnie – ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 1 grudnia 2010 roku.

Wyrokiem z dnia 8 marca 2017 roku Sąd Okręgowy w Łodzi VIII Wydział Pracy

i (...) oddalił odwołanie wnioskodawczyni od decyzji z dnia 25 lipca 2014 roku stwierdzając, iż Pani M. Ł. nie podlega od dnia 1 grudnia 2010 roku obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu ani dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej.

Wyrokiem z dnia 22 marca 2018 roku Sąd Apelacyjny w Łodzi III Wydział Pracy

i (...) oddalił apelację Pani M. Ł. od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 8 marca 2017 roku.

W oparciu o w ten sposób ustalony stan faktyczny Sąd I instancji zważył, że

odwołanie od decyzji z dnia 29 stycznia 2014r. zasługuje na uwzględnienie w zakresie zobowiązania do zwrotu nienależnie pobranego świadczenia.

Sąd Rejonowy wskazał, że świadczenia z ubezpieczenia chorobowego, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych zwanej dalej ustawą systemową, uregulowane są w ustawie z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz.U.2019.645 z późn. zm.) zwanej dalej ustawą zasiłkową i przysługują wówczas, gdy spełni się ryzyko czasowej niezdolności do pracy spowodowanej chorobą lub innymi przeszkodami przewidzianymi w ustawie, wywołujące niemożność uzyskania dochodu w okresie trwania ubezpieczenia chorobowego. Zgodnie z art. 6 ust. 1 powołanej ustawy zasiłkowej zasadą jest, że prawo do zasiłku chorobowego przysługuje z tytułu niezdolności do pracy powstałej w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego, co oznacza, że zasiłek chorobowy zastępuje utracony zarobek. „Trwanie ubezpieczenia chorobowego” oznacza czas trwania działalności, z którą łączy się obowiązek ubezpieczenia albo uprawnienie do objęcia ubezpieczeniem na zasadach dobrowolności w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych. Warunkami nabycia prawa do zasiłku chorobowego jest więc istnienie stosunku ubezpieczenia chorobowego oraz zajście niezdolności do pracy w czasie jego trwania.

W ocenie Sądu meriti, zaskarżona decyzja z dnia 29 stycznia 2014r. została wydana na pół roku przed decyzją stwierdzającą, iż wnioskodawczyni nie podlega ubezpieczeniom społecznym z tytułu działalności gospodarczej. Zatem, poza rozważaniami, w tym zakresie, jest okoliczność niepodlegania ubezpieczeniu społecznemu. Pozwany, zresztą, w decyzji tej, nie kwestionował tej okoliczności, kwestionował, natomiast, podstawę wymiaru świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

W tym zakresie zatem zdaniem Sądu Rejonowego stwierdzić należy, iż w dacie otrzymywania świadczeń z ubezpieczenia społecznego w spornej wysokości ubezpieczona pozostawała w usprawiedliwionym przekonaniu, że posiada prawo do tych świadczeń w wysokości wypłacanej przez ZUS. Opłacała składki i składała kolejne zwolnienia lekarskie, na podstawie których otrzymywała zasiłek chorobowy za kolejne okresy niezdolności do pracy z powodu choroby. Nadto pomiędzy wnioskodawczynią a ZUS toczyła się wówczas korespondencja dotycząca m.in. podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne.

Sąd meriti podkreśli, że organ rentowy rozpoznając wówczas wnioski ubezpieczonej o wypłatę zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego i dokonując wypłaty świadczeń za sporne okresy dysponował pełną dokumentacją pozwalającą na ustalenie okresów podlegania przez nią ubezpieczeniom społecznym oraz ustalenie prawa do poszczególnych świadczeń i ich wysokości.

Definicja pojęcia nienależnie pobranych świadczeń została ujęta w art. 84 ust. 2 pkt 1 i pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 963 ze zm.), który stanowi, że za kwoty nienależnie pobranych świadczeń uważa się 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 oraz 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 (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 lutego 2014 r., I UK 331/13, publ. OSNAPiUS 2015/6/83, LEX nr 1446442; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 grudnia 2013 r., I UK 212/13, publ. OSNAPiUS 2015/3/40).

Według Sądu I instancji, przyjmuje się, że 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 nr 10, poz. 247, z dnia 24 czerwca 1965 r., III TR 86/65 oraz z dnia 19 lipca 1965 r., III TR (...), niepublikowane - patrz: B. G., j.w., s. 168; wyroki Sądu Najwyższego z dnia 28 lipca 1977 r., II UR 5/77, OSNCP 1978 nr 2, poz. 37 oraz z dnia 16 lutego 1987 r., II URN 16/87, (...) 1988 nr 6; a także wyroki Sądów Apelacyjnych w Krakowie z dnia 11 września 1996 r., III AUr 105/96, OSA 1997 nr 7-8, poz. 21, s. 74 oraz w B. z dnia 10 listopada 1999 r., III AUa 602/99, OSA 2000 nr 6, poz. 29, s. 70). W orzecznictwie podkreśla się, że "zasady ochrony praw nabytych" nie stosuje się wobec osoby, która uzyskała prawo do świadczenia z ubezpieczenia społecznego w wyniku wprowadzenia w błąd organu rentowego lub innego jej bezprawnego działania, a świadczenia wypłacone w takiej sytuacji podlegają zwrotowi w trybie przepisów dotyczących ubezpieczeń społecznych (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 1997 r., II UKN 128/97, OSNAPiUS 1998 nr 6, poz. 192).

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.

Zdaniem Sądu Rejonowego powołany wyżej przepis formułuje ogólny obowiązek zwrotu nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych, nie zawiera jednak przesłanek stanowiących podstawę do podjęcia decyzji w tym przedmiocie w przypadku zasiłku chorobowego, przy uwzględnieniu specyfiki tego świadczenia i celu, dla którego jest ono przyznawane. Jednocześnie art. 84 ust. 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych stanowi, iż przepisów ust. 2 – 4 i 8 nie stosuje się, jeżeli przepisy szczególne określające zasady przyznawania i wypłacania świadczeń stanowią inaczej. W tym miejscu odwołać należy się zatem do regulacji przewidzianej w art. 66 ust. 1 i ust. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Zgodnie z powołanym przepisem, wypłatę zasiłku wstrzymuje się, jeżeli prawo do zasiłku ustało albo okaże się, że prawo takie w ogóle nie istniało.

Artykuł 66 ust. 1 i ust. 2 ustawy zasiłkowej jako regulacja szczególna w tym zakresie wskazuje zatem, że 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.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy, Sąd I instancji nie znalazł podstaw do uznania, aby pobrane przez wnioskodawczynię w spornych okresach świadczenia z ubezpieczeń społecznych od podstawy wskazanej w decyzji z dnia 29 stycznia 2014r. podlegały zwrotowi na rzecz organu rentowego. Pozwany nie wykazał wskazanych wyżej przesłanek. Zdaniem Sądu Rejonowego zauważyć należy, iż sam ZUS dopiero po trzech latach od pierwszej wypłaty świadczeń, zakwestionował ich wysokość. Sąd I instancji uwypuklił, że skoro pozwany przez trzy lata nie miał wątpliwości co do prawidłowości podstawy wymiaru wypłacanych na rzecz wnioskodawczyni świadczeń, to trudno przypuszczać, aby wnioskodawczyni miała w tym zakresie jakiegokolwiek wątpliwości, zwłaszcza że, jak już wskazano wyżej, w tym zakresie toczyła się między stronami korespondencja.

Według Sądu I instancji, jak słusznie zważył Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 2 grudnia 2009 roku wydanego w sprawie o sygn. akt I UK 174/09, 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 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.

W rozpoznawanej sprawie w ocenie Sądu meriti nie zaszły zatem okoliczności dające podstawy do uznania, że świadczenia naliczone od wyższej podstawy wymiaru zostały pobrane przez ubezpieczoną nienależnie. W objętym odwołaniem czasie pobierała ona świadczenia nie mając świadomości, że świadczenia te zostały przez pozwanego naliczone od nieprawidłowej podstawy przy wadliwym zastosowaniu przepisów.

Należy również podkreślić zdaniem Sądu I instancji, że w każdym przypadku, czyli nawet w przypadku ewentualnego wskazania przez odwołującą nieprawidłowej podstawy wymiaru, organ rentowy jako organ administracji publicznej odpowiedzialny za wypłatę świadczeń z ubezpieczeń społecznych – nie jest zwolniony z dokładnego, merytorycznego zbadania kierowanej do niego dokumentacji (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 16 stycznia 2014 r., III AUa 883/13, LEX nr 1425424). Natomiast w momencie wypłaty świadczeń zasiłkowych organ rentowy nie kwestionował podstawy wymiaru zasiłków wnioskodawczyni, które zresztą sam naliczał.

Nie ma zatem podstaw do uznania, że wypłacona tytułem świadczeń z ubezpieczenia chorobowego kwota 105.612,51 zł netto podlega zwrotowi.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Rejonowy na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c., zmienił zaskarżoną decyzję z dnia 29 stycznia 2014r. w ten sposób, że nie zobowiązał wnioskodawczyni do zwrotu kwoty 105.612,51 zł.

Natomiast odwołanie od decyzji z dnia 27 sierpnia 2014 roku było według Sądu I instancji zasadne tylko częściowo. Wydanie tej decyzji było skutkiem uprzednio wydanej decyzji o niepodleganiu przez wnioskodawczynię ubezpieczeniom społecznym z tytułu działalności gospodarczej.

Zgodnie z treścią art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych, obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym podlegają, z zastrzeżeniem art. 8 i 9, osoby fizyczne, które na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej są osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność oraz osobami z nimi współpracującymi (Dz.U.2013.1442), natomiast stosownie do art. 12 ust. 1 ustawy obowiązkowo ubezpieczeniom wypadkowemu podlegają osoby podlegające ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym. Artykuł 13 pkt 4 ustawy systemowej wskazuje, że obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, chorobowemu i wypadkowemu podlegają osoby fizyczne w następujących okresach: osoby prowadzące pozarolniczą działalność - od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności, z wyłączeniem okresu, na który wykonywanie działalności zostało zawieszona na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej, a

artykuł 11 ust. 2, że dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają na swój wniosek osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi prowadzące pozarolniczą działalność (w zw. z art. 6 ust. 1 pkt 5).

Artykuł 1 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. 2014.159 t.j.) statuuje, iż świadczenia pieniężne na warunkach i w wysokości określonych ustawą przysługują osobom objętym ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa określonym w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 1442 z późn. zm.), zwanym dalej "ubezpieczonymi".

Zgodnie z treścią art. 84 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych 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, natomiast stosownie do treści ust. 2 za kwoty nienależnie pobranych świadczeń uważa się 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; 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. Mając na względzie ust. 3 ustawy nie można żądać zwrotu kwot nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych za okres dłuższy niż ostatnie 12 miesięcy, jeżeli osoba pobierająca świadczenia zawiadomiła organ wypłacający świadczenia o zajściu okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty, a mimo to świadczenia były nadal wypłacane, a w pozostałych przypadkach - za okres dłuższy niż ostatnie 3 lata.

Sąd Rejonowy wskazał, że decyzją z dnia 25 lipca 2014 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w Ł. Inspektorat w P. stwierdził, iż Pani M. Ł., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą nie podlega obowiązkowo – ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu od dnia 1 grudnia 2010 roku oraz dobrowolnie – ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 1 grudnia 2010 roku.

Sąd Okręgowy w Łodzi wyrokiem z dnia 8 marca 2017 roku oddalił odwołanie wnioskodawczyni od wymienionej decyzji w uzasadnieniu wskazując, iż organ rentowy skutecznie podważył domniemanie prowadzenia przez wnioskodawczynię działalności gospodarczej wynikające z wpisu do (...), natomiast wnioskodawczyni nie prowadziła faktycznie działalności gospodarczej od dnia 1 grudnia 2010 roku, a w konsekwencji nie podlegała od tego momentu obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu, ani dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. W tej sytuacji, skoro wnioskodawczyni nie podlegała ubezpieczeniom społecznym, to nie przysługuje jej zasiłek chorobowy oraz świadczenie rehabilitacyjne za okresy wskazane w decyzji z dnia 27 sierpnia 2014 roku.

Jeśli chodzi o zobowiązanie do zwrotu nienależnie pobranego świadczenia z ubezpieczenia społecznego, to w ocenie Sądu meriti co do należności głównej obowiązek taki ciąży na wnioskodawczyni. Stwierdzić należy, iż świadczenie zostało pobrane nienależnie z winy wnioskodawczyni, bowiem zostało ono wypłacone na skutek świadomego wprowadzania w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia co do istnienia tytułu ubezpieczenia społecznego. Tytuł ten został zakwestionowany przez pozwanego, a następnie zostało to podtrzymane w postępowaniu sądowym, a zatem Sąd Rejonowy doszedł do przekonania, że zaistniała przesłanka z art. 84 ustawy systemowej, obligująca wnioskodawczynię do zwrotu świadczenia nienależnego.

Natomiast, odwołanie zasługiwało na uwzględnienie, w zakresie, w jakim dotyczyło, nałożonego skarżoną, decyzją obowiązku zwrotu odsetek z funduszu chorobowego oraz funduszu wypadkowego.

Według Sądu I instancji, należy, w tym miejscu przypomnieć, że w wyroku z dnia 3 lutego 2010 roku wydanym w sprawie I UK 210/09 (LEX 585713) Sąd Najwyższy wskazał, że nie ma żadnych podstaw do stosowania przepisów prawa cywilnego (o bezpodstawnym wzbogaceniu lub czynnie niedozwolonym) do oceny wymagalności nienależnie pobranego świadczenia. Określenia, od kiedy należą się odsetki od świadczeń z ubezpieczenia społecznego, także od świadczeń podlegających zwrotowi, należy poszukiwać w prawie ubezpieczeń społecznych a nie w prawie cywilnym.

Sąd Najwyższy wskazał, że podmiotowy aspekt uznania świadczenia za nienależne (...) nie przesądza o tym, kiedy świadczenie jako nienależne w sensie prawnym, objęte jest obowiązkiem jego zwrotu. Owa świadomość jest jedną z przesłanek uznania świadczenia za nienależne, lecz jej istnienie nie sprawia, że świadczenie z ubezpieczenia społecznego, jako nienależne, podlega zwrotowi w dacie wypłaty. Można jedynie powiedzieć, że świadczenie uzyskane w takich okolicznościach nigdy nie należało się, a zatem w tym sensie "było nienależne" i "uważa się" je za nienależne zgodnie z art. 138 ust. 2 ustawy emerytalnej. Takie stwierdzenie nie wyczerpuje rozważanego problemu. Trzeba bowiem przypomnieć, że świadczenia z ubezpieczeń społecznych są przyznawane w drodze decyzji administracyjnych i na podstawie decyzji administracyjnych są wypłacane. Nie można zatem utrzymywać, że świadczenia wypłacone na podstawie pozostającej w obrocie prawnym decyzji administracyjnej, jako nienależne, podlegały zwrotowi w dacie wypłaty, choćby przesłanki przyznania świadczenia w rzeczywistości nie istniały lub odpadły. Świadczenia uważane za nienależne w myśl art. 84 ustawy systemowej i art. 138 ustawy o emeryturach i rentach podlegają zwrotowi dopiero wtedy, gdy organ rentowy wyda stosowną decyzję administracyjną. Pogląd ten umacnia treść art. 84 ust. 4 i ust. 7 ustawy systemowej, w których użyte zostały sformułowania "kwoty nienależnie pobranych świadczeń ustalone prawomocną decyzją" (ust. 4) oraz "uprawomocnienie się decyzji ustalającej te należności" (ust. 7). Świadomość uzyskania prawa do świadczeń na podstawie fałszywych zeznań lub dokumentów albo innego rodzaju wprowadzenia w błąd organu rentowego jest jedynie jedną z przesłanek wydania decyzji. Organ rentowy jest przy tym - z mocy art. 138 ustawy emerytalnej (tak samo z mocy art. 84 ustawy systemowej) - ograniczony co okresu, za który może żądać zwrotu kwot nienależnie pobranych świadczeń. W tej decyzji organ określa kwotę świadczeń nienależnych. Od kwoty wymienionej w decyzji należą się odsetki "w wysokości i na zasadach prawa cywilnego". Druga kwestia związana z wykładnią art. 84 ust. 1 ustawy systemowej dotyczy rozumienia tego odesłania do prawa cywilnego. Organ rentowy rozumie to odesłanie tak szeroko, że miałoby ono umożliwiać poszukiwanie w prawie cywilnym terminu wymagalności świadczeń podlegających zwrotowi, a w konsekwencji terminu, od którego można żądać odsetek. Nie ma podstaw do tak szerokiego rozumienia odesłania. Przede wszystkim sprzeciwia się temu wykładnia językowa. 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.). Określenie terminu, od kiedy dłużnik – pobierający nienależne świadczenie z ubezpieczenia społecznego – opóźnia się z jego zwrotem nie jest objęte odesłaniem. Nie jest to materia "zasad prawa cywilnego", lecz prawa ubezpieczeń społecznych. "Zasady prawa cywilnego" regulujące opóźnienie dłużnika w spełnieniu świadczenia cywilnoprawnego są różnorodne, uzależnione od rodzaju świadczenia. Odesłanie do prawa cywilnego nie dotyczy terminów wymagalności świadczeń cywilnoprawnych ani – co się z tym wiąże – określenia, od kiedy dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia. Są to zasady dotyczące odsetek tylko pośrednio. Odesłanie byłoby niejednoznaczne, gdyby rozumieć je tak szeroko, gdyż w prawie cywilnym opóźnienie dłużnika uregulowane jest w różnorodny sposób w zależności od tego, jakiego świadczenia dotyczy. Określenia od kiedy należą się odsetki od świadczeń z ubezpieczenia społecznego, także od świadczeń podlegających zwrotowi, należy poszukiwać w prawie ubezpieczeń społecznych, a nie w prawie cywilnym. Przypomnieć można, zdaniem Sądu Rejonowego, że odsetki aczkolwiek pełnią, w pewnym sensie funkcję odszkodowawczą, nie są odszkodowaniem, nie ma zatem podstaw do rozważania tego, czy ubezpieczony dopuścił się czynu niedozwolonego w sprawie, której przedmiotem są jedynie odsetki. Analogiczne poglądy zostały wyrażone w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 18 grudnia 2008 roku w sprawie (...) (M.P. Pr. 2009 nr 4, poz. 208), w którym Sąd Najwyższy uznał, że nie ma żadnych podstaw do stosowania przepisów prawa cywilnego (o bezpodstawnym wzbogaceniu lub czynie niedozwolonym) do oceny wymagalności nienależnie pobranego świadczenia.

Przytoczone tezy Sądu Najwyższego, podzielił Sąd Apelacyjny w Krakowie i Sąd Apelacyjny w Łodzi. W wyroku z dnia 21 marca 2013 roku w sprawie III AUa 1311/12 Sąd Apelacyjny w Krakowie wskazał, że zgodnie z art. 84 ust. 1 ustawy systemowej 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. Odesłanie do "prawa cywilnego" dotyczy wyłącznie zasad zapłaty i wysokości odsetek, a nie zasad zwrotu nienależnego świadczenia. Nie ma żadnych podstaw do stosowania przepisów prawa cywilnego (o bezpodstawnym wzbogaceniu lub czynie niedozwolonym) do oceny wymagalności, czy przedawnienia samego nienależnie pobranego świadczenia. Zasady określające zwrot takiego świadczenia ze względu na upływ czasu (dawność, w tym znaczeniu potocznie przedawnienie) wskazane są w art. 138 ust. 4 i 5 u.e.r.f.u.s. (zasadniczo za okres nie dłuższy niż 3 lata od "żądania

zwrotu", czyli wydania decyzji w tym przedmiocie). "Żądanie zwrotu" nienależnie pobranego świadczenia następuje przez doręczenie dotyczącej tego decyzji (można powiedzieć, że staje się wymagalne w tym momencie, a nie w czasie spełniania świadczeń). Z tą chwilą następuje też wymagalność (w prawnym znaczeniu według prawa cywilnego - art. 359 § 2 k.c.) roszczenia o odsetki, gdyż od tej chwili dłużnik pozostaje w opóźnieniu ze spełnieniem świadczenia głównego (art. 481 § 1 k.c.). Z tą też chwilą rozpoczyna się bieg przedawnienia roszczenia o zapłatę odsetek (art. 120 § 1 k.c.). Z kolei w wyroku z dnia 26 września 2012 roku w sprawie III AUa 316/12 (LEX 1223382) Sąd Apelacyjny w Łodzi wskazał, że przepis art. 84 ust. 1 ustawy systemowej, a także przepis art. 138 ust. 1 ustawy o emeryturach i rentach z FUS nie określa, w jakim terminie nienależne świadczenie winno być zwrócone, a zatem dłużnik, według zasad prawa cywilnego, winien spełnić świadczenie niezwłocznie od doręczenia mu decyzji ustalającej obowiązek zwrotu świadczenia, jako nienależnie pobranego (podobne stanowisko zajął Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z dnia 29 stycznia 2014 roku w sprawie III AUa 784/13, LEX 1428172).

Podsumowując w ocenie Sądu Rejonowego, odsetki, o których mowa w art. 84 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych nie biegają przed wydaniem decyzji ustalającej obowiązek zwrotu nienależnie pobranego świadczenia.

W tym stanie rzeczy, Sąd meriti, na podstawie art. 47714 § 2 k.p.c. zmienił częściowo zaskarżoną decyzję z dnia 27 sierpnia 2014 roku stwierdzając, iż odwołująca się nie ma obowiązku zwrotu odsetek, o czym orzekł w pkt. 2 sentencji wyroku. W pozostałym zakresie odwołanie oddalono, na podstawie art. 47714 § 1 k.p.c., jako nieuzasadnione.

O kosztach postępowania, w tym za II instancję, Sąd Rejonowy orzekł w oparciu o § 9 ust. 2 i § 10 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 138 ze zm.). Sprawę z odwołania od decyzji z 29.01.2014r. wnioskodawczyni wygrała w całości, zatem koszty w tej sprawie należne jej wynoszą 180 zł. Odwołanie od decyzji z 27.08.2014r. wygrała w połowie (zasadne było jedno z dwóch roszczeń, które objęte były decyzją), a zatem należne jej koszty wynoszą 90 zł, co łącznie daje kwotę 270 zł. Za postępowanie apelacyjne należne jest 50% stawki, co dodatkowo daje kwotę 135 zł. Tym samym Sąd zasądził na podstawie art.98 kpc od pozwanego na rzecz wnioskodawczyni kwotę 405 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Od powyższego wyroku apelację złożyła ubezpieczona reprezentowana przez profesjonalnego pełnomocnika zaskarżając przedmiotowe orzeczenie w zakresie pkt. 3 i zarzuciła mu:

I. naruszeniem przepisów postępowania, w tym :

1. Naruszenie art. 233 § 1 KPC w związku z art. 328 § 2 KPC a także art. 227 KPC, poprzez nieprzeprowadzenie prawidłowego postępowania dowodowego, i nierozważeniu w sposób wszechstronny materiału dowodowego w sprawie oraz naruszenie zasady swobodnej oceny dowodów na skutek błędnej, (czasami sprzecznej) i dowolnej oceny zebranego materiału dowodowego i wadliwe ustalenie co oznacza także brak sporządzenia uzasadnienia faktycznego i prawnego zaskarżonego wyroku w sposób poprawny, polegające na tym, że:

1) Sąd I instancji przyjął dwa różne i wzajemnie się wykluczające stany świadomości Apelującej jako źródła podstawy żądania zwrotu nienależnie pobranego świadczenia na podstawie art. 84 ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy z dnia z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (zwanej dalej u.s.u.s), ponieważ uznając że odwołanie od decyzji z dnia 29 stycznia 2014r. zasługuje na uwzględnienie, co oznacza brak obowiązku zwrotu nienależnie pobranego świadczenia, przesądził iż Apelująca pobierała świadczenia nie mając świadomości, że świadczenia te zostały przez pozwanego naliczone od nieprawidłowej podstawy przy wadliwym zastosowaniu przepisów co pozostaje w sprzeczności a także wyklucza przyjęcie, iż decyzja z dnia 27 sierpnia 2014 roku nr (...) nie jest wadliwa w części dotyczącej obowiązku zwrotu świadczenia, gdyż świadczenie zostało pobrane nienależnie z winy wnioskodawczyni, bowiem zostało ono wypłacone na skutek świadomego wprowadzania w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia co do istnienia tytułu ubezpieczenia społecznego,

2) Sąd I instancji nie rozpatrzył wniosku zgłoszonego na rozprawie w dniu 4 lutego 2021 r. na podstawie art. 320 KPC dotyczącego rozłożenia na raty należności w przypadku rozstrzygnięcia niekorzystnego dla Apelującej, pomimo

przedstawienia Sądowi informacji o stanie majątkowym i zdrowotnym Apelującej i jej małżonka (zeznania strony oraz pismo Apelującej ze stycznia 2021 roku skierowane do Sądu informujące o przebytych zawale serca, oświadczenie o stanie majątkowym przy wniosku o ustanowienie pełnomocnika z urzędu), a także pominięcie ponowionego wniosku dowodowego zawartego w piśmie z dnia 7.12.2020 r. dotyczącego stanu zdrowia Apelującej bezpośrednio po wypadku w grudniu 2009 roku, a także w latach następnych, w tym jej zdrowia psychicznego,

3) nie ustalono istotnych dla rozstrzygnięcia faktów, gdyż Sąd I instancji przytaczając decyzję z dnia 25 lipca 2014 roku nie zauważył, że organ nie wykazał świadomości (złej wiary) osoby pobierającej świadczenie co do nieprzysługiwania tego świadczenia w całości lub w części zwłaszcza istnienia tej świadomości po stronie Apelującej od samego początku tego zdarzenia, jak również pominięcia faktu, iż w wyroku S.O. w Łodzi z dnia 8 marca 2018 roku nie ma mowy o istnieniu złej wiary Apelującej a także nieuwzględnieniu jako dowodu istotnego dla sprawy stanu zdrowia Apelującej.

II. Naruszenie przepisów prawa materialnego :

1. Zarzut naruszenia art. 84 ust. 2 pkt 2 u.s.u.s. poprzez błędne przyjęcie, iż został spełniony warunek w postaci świadomego wprowadzenia w błąd poprzez umyślne działanie Apelującej, które ma postać zamiaru bezpośredniego lub zamiaru ewentualnego, która to (świadomość) istnieć od początku pierwszego zdarzenia zmierzającego do uzyskania świadczenia na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd organu wypłacającego świadczenie, a przypadku nieuwzględnienia tego zarzutu,

2. Zarzut naruszenia art. 84 ust. 3 u.s.u.s, poprzez jego niezastosowanie polegające na nieograniczeniu zakresu żądania zwrotu świadczenia do terminu dwunastomiesięcznego (liczonego od dnia wydania decyzji zobowiązującej do zwrotu nienależnie pobranego świadczenia), pomimo okoliczności wskazujących, że Apelująca podejmowała działania mogące być uznanymi za polegające na poinformowaniu organu ubezpieczeniowego o okolicznościach skutkujących wstrzymaniem wypłaty świadczenia, jego zawieszeniem lub ustaniem prawa do niego, a przypadku nieuwzględnienia tego zarzutu,

3. Zarzut naruszenia art. 84 ust. 3 u.s.u.s, gdyż zarówno z wykładni językowej, jak i wykładni funkcjonalnej oraz celowościowej tego przepisu wynika, iż termin trzyletni określony w tym przepisie powinien być liczony od dnia wydania decyzji zobowiązującej do zwrotu nienależnie pobranego świadczenia, co oznacza że w niniejszej sprawie Organ dochodzi zwrotu świadczenia za okresy wcześniejsze niż termin trzyletni.

Podnosząc powyższe zarzuty apelująca wniosła o:

1) zmianę wyroku w części dotyczącej pkt 3 poprzez uwzględnienie odwołania Odwołującej i zmianę decyzji z dnia 27 sierpnia 2014 roku nr (...) w części dotyczącej stwierdzenia podstaw do odmówienia prawa do zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego oraz obowiązku zwrotu nienależnie pobranych świadczeń w łącznej kwocie 150.041,15 zł, bądź też wniosła, aby wyrok ten i poprzedzającą go decyzję organu w całości uchylić i przekazać sprawę do ponownego rozpoznania,

2) o zasądzenie od organu rentowego na rzecz Apelującej kosztów postępowania wraz z kosztami zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W odpowiedzi na apelację organ rentowy wniosł o jej oddalenie.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja ubezpieczonej zasługiwała na uwzględnienie.

Sąd II instancji zasadniczo przyjął ustalenia faktyczne Sądu Rejonowego, jako własne i jednocześnie stwierdził, że nie zachodzi obecnie potrzeba powielania w tym miejscu tych ustaleń. (por. wyrok SN z 5.11.1998r., I PKN 339/98, OSNAPiUS 1999/24/, por. postanowienie SN z 22 kwietnia 1997 r., sygn. akt II UKN 61/97 - OSNAP 1998 r. Nr 3,

poz. 104; wyrok SN z 8 października 1998 r., sygn. akt II CKN 923/97 - OSNC 1999 r., z. 3, poz. 60; wyrok SN z 12 stycznia 1999 r., sygn. akt I PKN 21/98 - OSNAP 2000, Nr 4, poz. 143).

W ocenie Sądu Okręgowego Sąd I instancji pomimo przeprowadzenia postępowania dowodowego w sposób określony przepisami procesowymi i prawidłowego ustalenia istotnych dla rozstrzygnięcia faktów, wydał wadliwe orzeczenie, nie znajdujące oparcia zarówno w zebranych materiale dowodowym, jak i obowiązujących przepisach prawa materialnego adekwatnych do poczynionych ustaleń faktycznych.

Uzasadnione są w rzeczonym postępowaniu zarzuty apelacyjne dotyczące naruszenia prawa materialnego, Sąd Rejonowy bowiem błędnie zastosował przepisy prawa materialnego tj. art. 84 ust. 2 pkt. 1 i 2 ustawy z dnia 13.10.1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t. jedn. Dz. U z 2020r., poz. 266).

Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego.

Zgodnie z art. 66 ust. 2 ustawy zasiłkowej, 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.

W myśl art. 84 ust. 1 i 2 ustawy systemowej 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.

Podstawowym 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. Organ rentowy może domagać się zwrotu nienależnie pobranego świadczenia tylko wówczas, gdy ubezpieczonemu można przypisać złą wolę. Obowiązek zwrotu obciąża tylko tego, kto przyjął świadczenie w złej wierze wiedząc, że mu się nie należy, co dotyczy zarówno osoby, która została pouczona o okolicznościach, w jakich nie powinna pobierać świadczeń, jak też tej osoby, która uzyskała świadczenia na podstawie nieprawdziwych zeznań lub dokumentów, albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd instytucji ubezpieczeniowej. W prawie ubezpieczeń społecznych "świadczenie nienależnie pobrane", to nie tylko "świadczenie nienależne" (obiektywnie, np. wypłacane bez podstawy prawnej], ale także "nienależnie pobrane", a więc pobrane przez osobę, której można przypisać określone cechy dotyczące stanu świadomości (woli) lub określone działania (zaniechania],(tak wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 września 2020 r., sygn. akt I UK 98/19, LEX nr 3067436).

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. Zważyć należy,

iż 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. **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.

Jak bezspornie ustalono w przedmiotowym postępowaniu wnioskodawczyni od dnia 1 grudnia 2010 roku zgłosiła wznowienie prowadzenia działalności gospodarczej. Zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych z tytułu pozarolniczej działalności gospodarczej dokonała w dniu 14 stycznia 2011 roku.

Od dnia 29 grudnia 2010 roku wnioskodawczyni stała się niezdolna do pracy.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych wypłacił M. Ł. zasiłek chorobowy za okres od dnia 29 grudnia 2010 roku do dnia 28 czerwca 2011 roku, od dnia 18 sierpnia 2011 roku do dnia 14 lutego 2012 roku, od dnia 23 lutego 2012 roku do dnia 22 sierpnia 2012 roku, od dnia 23 sierpnia 2013 roku do dnia 26 sierpnia 2013 roku, od dnia 28 sierpnia 2013 roku do dnia 21 lutego 2014 roku oraz świadczenie rehabilitacyjne za okres od dnia 23 sierpnia 2012 roku do dnia 17 sierpnia 2013 roku oraz od dnia 22 lutego 2014 roku do dnia 21 czerwca 2014 roku.

Decyzją z dnia 27 sierpnia 2014 roku ZUS odmówił M. Ł. prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 29 grudnia 2010 roku do dnia 28 czerwca 2011 roku, od dnia 18 sierpnia 2011 roku do dnia 14 lutego 2012 roku, od dnia 23 lutego 2012 roku do dnia 22 sierpnia 2012 roku, świadczenia rehabilitacyjnego za okres od dnia 23 sierpnia 2012 roku do dnia 17 sierpnia 2013 roku, zasiłku chorobowego za okres od dnia 23 sierpnia 2013 roku do dnia 26 sierpnia 2013 roku, od dnia 28 sierpnia 2013 roku do dnia 21 lutego 2014 roku oraz świadczenia rehabilitacyjnego za okres **od dnia 22 lutego 2014 roku do 21 czerwca 2014 roku**, a ponadto zobowiązał wnioskodawczynię do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego wraz z odsetkami w łącznej kwocie 183.818,52 zł.

Jak podkreślił Sąd Rejonowy, wydanie powyższej decyzji było wprawdzie skutkiem, uprzednio już wydanej decyzji, z dnia 25 lipca 2014 r.

Jednakże, umknęła Sądowi I instancji istotna okoliczność, że ubezpieczona otrzymała wszystkie sporne świadczenia z ubezpieczenia społecznego, jeszcze przed datą doręczenia jej decyzji z dnia 25 lipca 2014 r. kwestionującej tytuł do ubezpieczeń. Przedmiotowa decyzja została jej doręczona dopiero w dniu 1 sierpnia 2014 roku i tego też dnia, została ujawniona nadpłata. A, zatem, wnioskodawczyni, w chwili wypłaty wszystkich świadczeń, nadal miała jedynie świadomość istnienia, w obrocie prawnym decyzji organu rentowego z dnia 29 stycznia 2014 r., w której zakwestionowano, tylko i wyłącznie, podstawę wymiaru świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Ubezpieczona, w dacie wypłaty świadczeń, nadal pozostawała w usprawiedliwionym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń i opłacała dalej należne składki. Wnioskodawczyni nie miała żadnej świadomości o tym, że, w dniu wypłaty świadczeń, nie miała do nich prawa z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej. Organ rentowy, zaś, jak słusznie zważył Sąd Rejonowy dysponował już, w znacznie wcześniejszym okresie, pełną dokumentacją, która umożliwiała ustalenie, zarówno, okresów podlegania ubezpieczeniom społecznym jak i prawa do poszczególnych świadczeń oraz ich wysokości. Mimo tego do daty wydania decyzji z dnia 25 lipca 2014 r. ZUS nie twierdził i nie wykazywał, aby było inaczej, sam nie miał co do tego żadnych wątpliwości. Nie wypowiedział się, w tym kierunku, także, w decyzji z dnia 29 stycznia 2014 roku.

Mając, więc, na względzie, że, od daty wydania decyzji ZUS z dnia 29 stycznia 2014 r. ,w przedmiocie podstawy wymiaru świadczeń, do daty ostatniej wypłaty tych świadczeń, okoliczności nie uległy żadnej zmianie i M. Ł. nadal pozostawała w usprawiedliwionym przekonaniu, że posiada prawo do tych świadczeń, brak jest, także, jakichkolwiek podstaw do uznania, że i kwota, stanowiąca należność główną określoną w decyzji ZUS z dnia 27 sierpnia 2014 r. podlega zwrotowi.

Na marginesie podkreślić należy, że, także i po dacie doręczenia ubezpieczonej decyzji z dnia 25 lipca 2014 roku, kwestionującej tytuł do ubezpieczeń, wnioskodawczyni pozostawała w usprawiedliwionym przekonaniu, że posiada prawo do tych świadczeń, gdyż zaskarżyła powyższą decyzję do Sądu i o jej słuszności przesądził dopiero Sąd Apelacyjny w Łodzi wyrokiem z dnia 8 marca 2017 r.

Z całą pewnością, zatem, w okolicznościach rzeczonej sprawy, wnioskodawczyni uzyskała wiedzę, w zakresie uznania wypłaconych świadczeń za nienależne, dopiero po całkowitym zaprzestaniu ich wypłaty.

M. Ł. nie uzyskała, także, wypłaty w/w świadczeń na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów, albo innego świadomego wprowadzenia organu rentowego w błąd.

W związku z powyższym, należało uznać, że nie doszło do spełnienia przesłanek z art. 84 ust. 2 ustawy systemowej – ubezpieczona, w czasie pobierania świadczeń, nie miała wiedzy o tym, iż świadczenia te są nienależne. Nie miała miejsca 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 wnioskodawczyni była pouczona o braku prawa do ich pobierania. 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.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Okręgowy w Łodzi, uznając apelację M. Ł. , za uzasadnioną, w zakresie punktu 3 wyroku Sądu I instancji z dnia 25.02.2021r. , na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. zmienił zaskarżony wyrok i orzekł, jak w sentencji.

Wobec wyniku sprawy, Sąd Okręgowy o kosztach procesu za II instancję orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. w zw. z § 9 ust. 2 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 1 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (DZ. U. z 2018 r., poz. 265 tj.).

K.B.

ZARZĄDZENIE

Odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć , nieprofesjonalnemu pełnomocnikowi ZUS, w konwencjonalnym trybie, wypożyczyć akta ZUS, dor. pełnomocnikowi skarżącej – za pośrednictwem PI.