

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 24 września 2020 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. odmówił M. D. prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 11 lutego 2015r. do 10 września 2015r. oraz prawa do zasiłku macierzyńskiego za okres od 11 września 2015r. do 8 września 2016r. Jednocześnie ZUS zobowiązał M. D. do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego i zasiłku macierzyńskiego za w.w. okresy w łącznej kwocie 115 792,08 zł wraz z odsetkami.

M. D., reprezentowana przez pełnomocnika profesjonalnego, w ustawowym terminie, odwołała się od w.w. decyzji, w części, dotyczącej zwrotu nienależnie pobranych świadczeń.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie.

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 15 czerwca 2021 r. Sąd Rejonowy dla Łodzi - Śródmieścia w Łodzi X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w sprawie o sygn. akt X U 948/20 o zobowiązanie do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego, zobowiązanie do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku macierzyńskiego w związku z odwołaniem M. D. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. z dnia 24 września 2020r. nr (...) w punkcie 1 zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że zwolnił M. D. od obowiązku zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego za okres od dnia 11 lutego 2015r. do dnia 10 września 2015r. w kwocie 48.783,32 zł wraz z odsetkami, oddalił odwołanie w pozostałym zakresie (punkt 2), zasądził od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. na rzecz M. D. kwotę 76 zł tytułem zwrotu stosunkowo rozliczonych kosztów procesu (punkt 3).

Powyższe orzeczenie zapadło w oparciu o następujące ustalenia faktyczne.

M. D. prowadząc działalność pod firmą (...) była zgłoszona do ubezpieczeń społecznych: emerytalnego, rentowego, wypadkowego i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. W okresie niezdolności do pracy objętej niniejszym postępowaniem (okres ciąży, porodu i zasiłku macierzyńskiego) podlegała ona w.w. ubezpieczeniom w związku z opłacaniem składek.

Prawomocną decyzją z dnia 22 czerwca 2018r. ZUS uznał S. D. za osobę współpracującą z osobą, prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą z wnioskodawczynią i objął go ubezpieczeniami społecznymi od dnia 4 listopada 2014r.

W związku z tym, że wnioskodawczyni jako płatnik składek nie złożyła dokumentów zgłoszeniowych i rozliczeniowych za S. D., sporządzono je z urzędu. W następstwie tego stwierdzono, że wnioskodawczyni nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 4 listopada 2014r., ponieważ, na jej koncie, widniała zaległość ze względu na przypis składek na S. D. za okres od 4 listopada 2014r. do 31 października 2016r.

S. D. jest mężem wnioskodawczyni, pomagał jej w prowadzeniu działalności gospodarczej.

Na należność, której zwrotu domaga się ZUS składa się kwota 48 783,22 zł z tytułu wypłaconego za okres od dnia 11 lutego 2015r. do dnia 10 września 2015r. zasiłku chorobowego oraz kwota 67 008,76 zł z tytułu zasiłku macierzyńskiego wypłaconego za okres od 11 września 2015r. do 8 września 2016r.

Sąd Rejonowy wskazał, że stan faktyczny, w niniejszej sprawie, był w istocie bezsporny. Sporna była, natomiast, interpretacja przepisów prawa.

W tak ustalonym stanie faktycznym i po dokonanej powyżej ocenie dowodów, Sąd meriti zważył, iż odwołanie w części zasługuje na uwzględnienie.

Podstawę prawną żądania zwrotu zasiłku chorobowego i macierzyńskiego wypłaconego nienależnie stanowi art. 84 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U z 2020 roku poz. 266). Zgodnie z

ust. 1 tego przepisu 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. Ustęp 2 definiuje świadczenie pobrane nienależnie i za takie 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. Ustęp 3 reguluje czasokres, za który można żądać zwrotu świadczenia pobranego nienależnie. I tak w myśl przepisu zabronione jest żądanie zwrotu świadczenia pobranego nienależnie za okres dłuższy niż ostatnie 12 miesięcy, jeśli 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.

W ocenie Sądu I instancji, w przypadku wnioskodawczynie, zrealizowała się przesłanka z art. 84 ust. 2 pkt. 1 ustawy systemowej skutkująca uznaniem wypłaconego świadczenia za pobrane nienależnie. Wnioskodawczynie, na skutek uznania jej męża za osobę współpracującą z nią przy prowadzeniu działalności gospodarczej, nie przedłożyła stosownej dokumentacji i nie dokonała rozliczeń składek za swojego męża. Niewątpliwie musiała mieć świadomość wydania decyzji w przedmiocie uznania S. D. za współpracującego z nią przy prowadzeniu działalności gospodarczej, bowiem toczyły się postępowania przed Sądem Okręgowym w Łodzi i przed Sądem Apelacyjnym w Łodzi w tym przedmiocie. Na skutek nie podjęcia przez M. D. właściwych działań w związku z uznaniem S. D. za współpracującego z nią przy prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej ZUS podjął czynności z urzędu, w następstwie których wystąpiła niedopłata składek na koncie wnioskodawczynie. To oznacza, że w okresie od 4 listopada 2014r. do 31 października 2016r. nie podlegała ona dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, co z kolei oznacza ziszczenie się przesłanki zwrotu świadczenia nienależnie pobranego w postaci faktu, iż świadczenie wypłacone zostało mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń.

W ocenie Sądu meriti, mimo spełnienia materialnych przesłanek do zwrotu świadczeń określonych w zaskarżonej decyzji, podlegała ona zmianie w części, a mianowicie zasadnym było zwolnienie M. D. od obowiązku zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego za okres od dnia 11 lutego 2015r. do dnia 10 września 2015r.

Zgodnie z art. 84 ust. 7a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych w przypadku osoby, która nienależnie pobrała świadczenie, decyzji, o której mowa w ust. 7 (ustalającej należność podlegającą zwrotowi), nie wydaje się później niż w terminie 5 lat od ostatniego dnia okresu, za który pobrano nienależne świadczenie.

Sąd Rejonowy podniósł, że miał na względzie, iż M. D. pobierała w spornym okresie dwa różne świadczenia: zasiłek chorobowy i zasiłek macierzyński. Nie można przyjmować, że z samego faktu, iż zasiłek chorobowy i zasiłek macierzyński wypłacane były „w jednym, nieprzerwanym ciągu” to należy je traktować jako jedno świadczenie w rozumieniu art. 84 ust 7a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Sam ZUS wydając zaskarżoną decyzję dokonał rozbicia należności na te które dotyczą zasiłku chorobowego i te, które dotyczą zasiłku macierzyńskiego. Dlatego też zdaniem Sądu meriti termin do wydania decyzji, o jakiej mowa w art. 84 ust 7a w.w. ustawy jest inny dla każdego z tych świadczeń.

Zasiłek chorobowy pobierała w okresie od 11 lutego 2015r. do 10 września 2015r. W związku z tym zaskarżona decyzja z dnia 24 września 2020r., w zakresie w jakim obejmuje zobowiązanie M. D. do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego za w.w. okres w kwocie 48 783,32 zł jest wadliwa, gdyż została wydana z naruszeniem terminu określonego w art. 84 ust. 7a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych i nie może w tym zakresie się ostać.

O kosztach procesu, kosztach zastępstwa procesowego Sąd Rejonowy orzekł na podstawie art. 100 zd. 1 k.p.c., dokonując ich stosunkowego rozliczenia, z uwzględnieniem zakresu, w jakim każda ze stron wygrała proces w odniesieniu do wartości świadczenia będącego przedmiotem żądania zwrotu.

Apelację od powyższego wyroku złożył pełnomocnik ubezpieczonej M. D. i wskazał, iż zaskarża wyrok w części oddalającej odwołanie, tj. w zakresie pkt 2 zaskarżonego wyroku, wraz z orzeczeniem o kosztach procesu i zaskarżonemu wyrokowi zarzucił:

- naruszenie przepisów postępowania, mające istotny wpływ na treść wydanego w niniejszej sprawie orzeczenia, mianowicie art. 233 § 1 k.p.c., poprzez dokonanie oceny zgromadzonego w toku niniejszego postępowania materiału dowodowego w sposób niekompletny, powierzchowny i sprzeczny z zasadami logiki formalnej w tym całkowicie dowolną jego ocenę, co doprowadziło do dokonania ustaleń faktycznych, sprzecznych z zebrany w sprawie materiałem dowodowym poprzez bezpodstawne przyjęcie, iż ubezpieczona nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 4 listopada 2014r., ponieważ na jej koncie widniała zaległość ze względu na przypis składek na S. D. za okres od 4 listopada 2014r. do 31 października 2016r., podczas gdy strona odwołująca podnosiła, iż decyzja będąca przedmiotem niniejszego postępowania wydana jest bez podstawy prawnej i faktycznej. Nie została wydana decyzja o okrasach podlegania przez ubezpieczoną M. D.. Organ rentowy w toku postępowania powołał się zaś na decyzje, która nie dotyczyła tej samej osoby co decyzja dotycząca odwołującej, a tym samym wydał decyzje odmawiającej prawa do świadczeń i zobowiązującą do zwrotu bez pierwotne decyzji wyłączającej Ubezpieczoną z podlegania pod dobrowolne ubezpieczenie chorobowe,

- naruszenie przepisów prawa materialnego, mianowicie, art. 1 ust. 1 w zw. z art. 6 ust 1 i art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 poz. 870) poprzez błędne zastosowanie i przyjęcie, iż ubezpieczona nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 11 lutego 2015 r. do 8 września 2016 r., a tym samym nie posiada prawa do zasiłku chorobowego i macierzyńskiego w ww. okresie, podczas gdy tutaj organ rentowy nie wydał decyzji stwierdzającej niepodleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu przez ubezpieczoną w ww. okresie,

3. naruszenie prawa materialnego, mianowicie, art. 66 ust. 2 i 3 ustawy zasiłkowej w zw. z art. 84 ust. 3 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jedn.: Dz.U. z 2020 r., poz. 266; dalej: ustawa systemowa) poprzez ich błędne zastosowanie i ustalenie, że ubezpieczona jest zobowiązana do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń, podczas gdy tutaj organ rentowy nie mógł wydać decyzji zobowiązującej do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń za okres dłuższy niż ostatnie 3 lata,

4. naruszenie prawa materialnego, mianowicie, art. 66 ust. 2 i 3 ustawy zasiłkowej w zw. z art. 84 ust. 1 i 2 ustawy systemowej poprzez ich błędną wykładnię i błędne zastosowanie, a wskutek tego przyjęcie, że ubezpieczona pobrała nienależnie, z własnej winy, świadczenia, a w konsekwencji, iż powstało zobowiązanie do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń za okresy wskazane w decyzji, podczas gdy przesłanki opisane w art. 84 ust. 1 i 2 ustawy systemowej nie wystąpiły.

Wskazując na powyższe apelująca wniosła o :

- 1) zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie w całości odwołania ubezpieczonej i zmianę zaskarżonej decyzji poprzez odstąpienie od żądania zapłaty należności głównej wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie za pobrane świadczenia za okresy wskazane w decyzji,
- 2) zasądzenie od tutaj organu rentowego na rzecz Ubezpieczonego kosztów procesu za obie instancje, wraz z kosztami zastępstwa procesowego, według norm przepisanych,
- 3) rozpoznanie sprawy na rozprawie.

W odpowiedzi na apelację pełnomocnik ZUS wniósł o jej oddalenie w całości jako bezzasadnej.

Sąd Okręgowy zważył co następuje:

W świetle zebranego w sprawie materiału dowodowego, apelacja ubezpieczonej M. D. nie zasługuje na uwzględnienie.

Odnosząc się do zarzutów apelacji stwierdzić należy, że orzeczenie Sądu Rejonowego jest prawidłowe i znajduje oparcie, zarówno, w zgromadzonym w sprawie, materiale dowodowym, jak i obowiązujących przepisach prawa.

Sąd II instancji, w pełni aprobując i przyjmując ustalenia faktyczne Sądu Rejonowego, jako własne, jednocześnie stwierdził, że nie zachodzi potrzeba powielania, w tym miejscu, tych ustaleń.

Stosownie do art. 387 § 2¹ kpc w uzasadnieniu wyroku sądu drugiej instancji:

1) wskazanie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia może ograniczyć się do stwierdzenia, że sąd drugiej instancji przyjął za własne ustalenia sądu pierwszej instancji, chyba że sąd drugiej instancji zmienił lub uzupełnił te ustalenia; jeżeli sąd drugiej instancji przeprowadził postępowanie dowodowe lub odmiennie ocenił dowody przeprowadzone przed sądem pierwszej instancji, uzasadnienie powinno także zawierać ustalenie faktów, które sąd drugiej instancji uznał za udowodnione, dowodów, na których się oparł, i przyczyn, dla których innym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej;

2) wyjaśnienie podstawy prawnej wyroku z przytoczeniem przepisów prawa powinno objąć ocenę poszczególnych zarzutów apelacyjnych, a poza tym może ograniczyć się do stwierdzenia, że sąd drugiej instancji przyjął za własne oceny sądu pierwszej instancji.

Dodatkowo także w myśl utrwalonego orzecznictwa Sądu Najwyższego, jeżeli uzasadnienie orzeczenia pierwszoinstancyjnego sporządzonego zgodnie z wymaganiami art.328§2 k.p.c. spotyka się z pełną aprobatą sądu drugiej instancji to wystarczy, że da on temu wyraz w treści uzasadnienia swego orzeczenia, bez powtarzania szczegółowych ustaleń faktycznych i wnioskowań prawniczych zawartych w motywach zaskarżonego orzeczenia (vide 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).

Wynikający z art. 378 § 1 k.p.c. obowiązek sądu drugiej instancji nie oznacza konieczności osobnego omówienia przez sąd w uzasadnieniu wyroku każdego argumentu podniesionego w apelacji, wystarczające jest bowiem odniesienie się do sformułowanych w apelacji zarzutów i wniosków w sposób wskazujący na to, że zostały one przez sąd drugiej instancji w całości rozważone przed wydaniem orzeczenia. (vide postanowienie SN z dnia 1 czerwca 2020 r. ,IV CSK 738/19, opubl. L.)

Sąd I instancji wydał prawidłowe rozstrzygnięcie, znajdujące oparcie, zarówno w obowiązujących przepisach prawa, jak i, w zgromadzonym w sprawie, materiale dowodowym.

Sąd podziela, również, prezentowane rozważania prawne.

Zawarta, w apelacji, argumentacja strony skarżącej, sprowadza się głównie do zarzutu błędnej oceny materiału dowodowego, co w konsekwencji miało doprowadzić do naruszenia prawa materialnego a w szczególności art. 84 ustawy z dnia 13.10.1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t. jedn. Dz. U z 2020r., poz. 266), z uwagi na błędne uznanie, że wnioskodawczyni jest zobowiązana do zwrotu nienależnie pobranego świadczenia za okres od 11 września 2015 r. do 8 września 2016 r.

Wbrew twierdzeniom apelacji, Sąd II instancji nie dopatrył się żadnego naruszenia prawa materialnego, skutkujących koniecznością - zgodnie z żądaniem apelacji - zmiany tegoż orzeczenia.

Sąd Rejonowy nie naruszył także art. 233 § 1 k.p.c., który stanowi, iż sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Sąd dokonuje oceny wszystkich dowodów przeprowadzonych w postępowaniu, jak również wszelkich okoliczności towarzyszących przeprowadzaniu poszczególnych dowodów, mających znaczenie dla ich mocy i wiarygodności (tak np. Sąd Najwyższy w uzasadnieniu orzeczenia z 11 lipca 2002 roku, IV CKN 1218/00, LEX nr 80266).

Ramy swobodnej oceny dowodów są zakreślone wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego, regułami logicznego myślenia oraz pewnym poziomem świadomości prawnej, według których sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i ważąc ich moc oraz wiarygodność, odnosi je do pozostałego materiału dowodowego (tak też Sąd Najwyższy w licznych orzeczeniach, np. z dnia 19 czerwca 2001 roku, II UKN 423/00, OSNP 2003/5/137). Poprawność rozumowania sądu powinna być możliwa do skontrolowania, z czym wiąże się obowiązek prawidłowego uzasadniania orzeczeń (art. 328 § 2 k.p.c.).

Skuteczne postawienie zarzutu naruszenia przez sąd art. 233 § 1 k.p.c. wymaga zatem wykazania, iż sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego. Natomiast zarzut dowolnego i fragmentarycznego rozważenia materiału dowodowego wymaga dla swej skuteczności konkretyzacji, i to nie tylko przez wskazanie przepisów procesowych, z naruszeniem których apelujący łączy taki skutek, lecz również przez określenie, jakich dowodów lub jakiej części materiału zarzut dotyczy, a ponadto podania przesłanek dyskwalifikacji postępowania sądu pierwszej instancji w zakresie oceny poszczególnych dowodów na tle znaczenia całokształtu materiału dowodowego oraz w zakresie przyjętej podstawy orzeczenia.

W ocenie Sądu Okręgowego dokonana przez Sąd Rejonowy ocena zgromadzonego w postępowaniu materiału dowodowego jest – wbrew twierdzeniom apelującego – prawidłowa. Sąd dokonał właściwych ustaleń faktycznych i doszedł do trafnego wniosku a mianowicie, że M. D. nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 4 listopada 2014 r.

Zarzuty skarżącej sprowadzają się zaś jedynie do bezzasadnej polemiki ze stanowiskiem Sądu I instancji i interpretacją dowodów dokonaną przez ten Sąd i jako takie nie mogą się ostać.

W tym miejscu, w związku z zarzutami stawianymi przez apelującą, wskazania wymaga, że żaden z przepisów ustawy systemowej bądź zasiłkowej, nie obliguje organu rentowego do wydawania decyzji według ściśle określonej kolejności. Przykładowo treść przepisu art. 83 u.s.u.s. zawiera jedynie otwarty katalog określonych rodzajowo decyzji, które mogą być wydane przez organ rentowy. Wbrew pogładowi skarżącej, z obowiązujących przepisów, nie można wysnuć wniosku o tym, że organ rentowy jest zobowiązany do wydawania decyzji według określonej kolejności. Co więcej, wobec tego, że zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy systemowej, w szczególności art. 17 i art. 46, do podstawowych obowiązków płatnika składek na ubezpieczenia społeczne należy obliczanie, pobieranie i wpłacanie składek do ZUS, ale i zgłaszanie do ubezpieczenia osób, z którymi wiąże się płatnika obowiązki oraz przekazywanie do ZUS deklaracji rozliczeniowych i imiennych raportów miesięcznych, wydanie przez ZUS decyzji w przedmiocie prawa do zasiłku, bez poprzedzenia jej decyzją o okresach podlegania ubezpieczeniem społecznym nie może być uznane za błędne i nie dyskwalifikuje zaskarżonej decyzji.

Podkreślić należy, że w niniejszym postępowaniu z danych zaewidencjonowanymi na koncie ZUS wnioskodawczyni wynikało, że w okresie od 4.11.2014 r. do 31.10.2016r. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą posiadała zaległość z tytułu opłacania składek za małżonka S. D. jako osoby współpracującej przy tej działalności.

W świetle powyższego skutek w postaci nie objęcia ubezpieczonej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym powstał z mocy ustawy (art. 14. ust. 2 pkt. 2 ustawy systemowej). Natomiast decyzja organu rentowego o okresach podlegania ubezpieczeniom społecznym ma w tej sytuacji charakter **decyzji deklaratoryjnej, która jedynie stwierdza istnienie określonej sytuacji prawnej, ale jej nie tworzy ani nie kształtuje**. Dodatkowo należy zaznaczyć, że decyzja w przedmiocie prawa do zasiłku zawiera w sobie niejako potwierdzenie podlegania bądź nie przez ubezpieczonego dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Odnosząc się do kolejnych zarzutów dotyczących naruszenia prawa materialnego na wstępie wskazać trzeba, że 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.

Jak bezspornie ustalono, w przedmiotowym postępowaniu, ubezpieczona, w spornym okresie, była zgłoszona jako osoba samodzielnie prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą i, za sporny okres, M. D., zostały wypłacone zasiłki chorobowe i macierzyńskie z ubezpieczenia społecznego.

Zgodnie, zaś, z prawomocną decyzją ZUS z dnia 22 czerwca 2018r., uznano S. D. za osobę współpracującą z wnioskodawczynią prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą i objęto go ubezpieczeniami społecznymi od dnia 4 listopada 2014r.

Wnioskodawczyni pomimo, że jej mąż faktycznie pomagał przy prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej nie złożyła wniosku o włączenie go do ubezpieczeń społecznych i co za tym idzie jako płatnik składek nie złożyła dokumentów zgłoszeniowych i rozliczeniowych za S. D. i nie opłaciła należnych składek.

Nie ulega więc wątpliwości na gruncie rozpoznawanej sprawy, że ubezpieczonej nie przysługiwało prawo do zasiłku chorobowego oraz macierzyńskiego za analizowany okres a zasiłki jej wypłacone były nienależne, powyższą okoliczność uznał także Sąd Rejonowy.

Sąd meriti następnie prawidłowo przyjął, że nie istnieją podstawy do żądania od ubezpieczonej zwrotu zasiłków za okres od 11.09.2015 r. do 8.09.2016 r. , gdyż zostały one wypłacone wskutek wprowadzenia w błąd organu rentowego.

Podkreślić w tym miejscu należy, że podstawowym warunkiem uznania, iż wypłacone świadczenie podlega zwrotowi, zgodnie z art. 84 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych jest brak prawa do świadczenia oraz posiadanie świadomości tego faktu przez osobę przyjmującą świadczenie w związku ze stosownym pouczeniem. (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). 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 (tak wyrok s.apel. w Rzeszowie 2015.02.25 III AUa 855/14 LEX nr 1665127).

Z uwagi na powyższe Sąd Okręgowy stoi na stanowisku, iż 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 tym stanie rzeczy, zdaniem Sądu Okręgowego, na gruncie niniejszej sprawy, niewątpliwie, wskazane przesłanki zostały spełnione. M. D., bezsprzecznie, nie miała prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego w 2015 r. skoro już od dnia 4 listopada 2014 r. nie podlegała ubezpieczeniom, gdyż nie opłaciła należnych składek za osobę współpracującą przy prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej. W ocenie Sądu Okręgowego, we wskazanym okresie, należy, również, mówić o świadomym wprowadzeniu w błąd organu rentowego przez M. D. i świadomym poborze świadczeń, do których nie miała ona tytułu prawnego.

S. D. jest mężem wnioskodawczyni i pomagał jej w prowadzeniu działalności gospodarczej w spornym okresie, natomiast do ubezpieczeń społecznych wnioskodawczyni zgłosiła wyłącznie siebie.

Wskazać przy tym należy, że prawidłowe zgłoszenie do ubezpieczenia i opłacanie składek obciąża samego ubezpieczonego. Podkreślić trzeba, że od M. D. jako przedsiębiorcy z uwagi na zawodowy charakter prowadzonej przez nią działalności wymagany jest zwiększony stopień staranności. M. D. była w spornym okresie płatnikiem a zatem osobą odpowiedzialną za prawidłowość zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych.

W świetle orzecznictwa Sądu Najwyższego należyta staranność wymagana przy uwzględnieniu zawodowego charakteru prowadzonej działalności, uzasadnia zwiększone oczekiwania co do umiejętności, wiedzy, skrupulatności i rzetelności, zapobiegliwości i zdolności przewidywania. Obejmuje także znajomość obowiązującego prawa oraz następstw z niego wynikających w zakresie prowadzonej działalności gospodarczej (vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17.08.1993 r. sygn. akt III CRN 77/93, opubl. OSNC 1994/3/69)

M. D., jako osoba prowadząca działalność gospodarczą, powinna działać w pełni profesjonalnie. Tym samym powinna wiedzieć i mieć pełną świadomość z jakiego tytułu winna dokonywać zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych. Z tych też względów jej działania, podlegające na braku zarejestrowania do ubezpieczeń jej małżonka S. D. z tytułu współpracy przy prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej, nie sposób traktować inaczej jak świadomego działania.

W rezultacie, Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, że ubezpieczona wprowadziła organ rentowy w błąd świadomie i tym samym, nie stosuje się wobec niej zasady ochrony praw nabytych (tak: wyrok Sądu Najwyższego z 20 maja 1997 r., sygn. akt: II UKN 128/97).

Tym samym żądanie zwrotu uzyskanych przez nią nienależnie świadczeń za sporny okres od 11.09.2015 r. do 8.09.2016 r. jest jak najbardziej uprawnione.

Dodatkowo wskazać trzeba, że wypłata zasiłku chorobowego, w przypadku niezdolności do pracy z tytułu wykonywania działalności gospodarczej, uzależniona jest od prawidłowego zgłoszenia do ubezpieczeń i opłacenia należnych składek z tego tytułu w prawidłowej wysokości.

Jednocześnie, zaś, ustalono, że, w spornym okresie, wnioskodawczyni nie zgłosiła do ubezpieczeń społecznych swego małżonka z tytułu współpracy przy prowadzeniu działalności gospodarczej oraz nie opłaciła składek, w należytej wysokości, z tego tytułu. Składki były opłacone jedynie za M. D.. Stąd też nie sposób wywodzić, iż w przypadku wnioskodawczyni istniała jakakolwiek podstawa do wypłaty jej zasiłku macierzyńskiego za sporny okres od 11.09.2015 r. do 8.09.2016 r.

Tym samym nie sposób dojść do przekonania, że brak jest podstaw do zwrotu nienależnie wypłaconego wnioskodawczyni zasiłku macierzyńskiego.

Podkreślić, także, należy, że ostatni dzień okresu, za który wnioskodawczyni pobrała nienależne świadczenie, w postaci zasiłku macierzyńskiego, przypada na 24 września 2016 r. Zaskarżona decyzja została, zaś, wydana w dniu 24 września 2020 r., a więc przed upływem 5-letniego terminu, o którym mowa w art. 84 ust. 7a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych i dodatkowo sporny okres od 11.09.2015 r. do 8.09.2016 r. , nie obejmuje okresu dłuższego, niż 3 lata -art. 84 ust. 3 ustawy systemowej.

Artykuł 84 ust. 3 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych odpowiada bowiem treściowo art. 138 ust. 4 ustawy emerytalnej, z dookreśleniem, że chodzi o ostatnie 12 miesięcy/3 lata.

W tym stanie rzeczy, podzielając w całej rozciągłości trafność rozstrzygnięcia i motywów Sądu Rejonowego, na podstawie art. 385 k.p.c., Sąd Okręgowy apelację ubezpieczonej oddalił, o czym orzekł jak w sentencji.

K.B

ZARZĄDZENIE

odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikowi ubezpieczonej – radcy prawnemu K. K. za pośrednictwem PORTALU INFORMACYJNEGO