

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 10 marca 2020 roku Sąd Rejonowy dla Łodzi - Śródmieścia w Łodzi, X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w sprawie sygn. akt X U 85/17 z odwołania M. K. (1) obecnie G. przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych I Oddziałowi Ł. o zasiłek chorobowy, macierzyński, opiekuńczy, zobowiązanie do zwrotu zasiłków: chorobowego, macierzyńskiego i opiekuńczego jako świadczeń nienależnie pobranych na skutek odwołań od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddziału w Ł.: z dnia 04 listopada 2015 roku znak (...); z dnia 25 listopada 2015 roku znak (...); z dnia 27 stycznia 2016 roku znak (...);

1/ zmienił zaskarżoną decyzję z dnia 04 listopada 2015 roku znak (...) w części, w ten tylko sposób, że stwierdził, iż M. K. (1) nie jest zobowiązana do zwrotu kwoty 36.932,38 złote tytułem odsetek ustawowych za opóźnienie od kwot świadczeń nienależnie pobranych wskazanych w przedmiotowej decyzji;

2/ oddalił pozostałe odwołania, a odwołanie od decyzji wskazanej w punkcie 1 wyroku w pozostałej części;

3/ zasądził od M. K. (1) na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddziału w Ł. kwotę 360,- złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Powyższe orzeczenie zapadło w oparciu o następujące ustalenia faktyczne.

M. K. (1) (obecnie G.) w okresie od dnia 01 kwietnia 2012r i dalej do dnia wydania rozpoznawanych decyzji, nie podlegała ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej.

Odwołująca się była niezdolna do pracy w licznych okresach przypadających w ramach czasowych od dnia 20 czerwca 2012 roku do 04 listopada 2015 roku (z wieloma przerwami), a także od 05 listopada 2015 roku do 02 grudnia 2015r i od 13 stycznia 2016 roku do 10 lutego 2016r.

Ponadto w okresie od 13 czerwca 2013r do 11 czerwca 2014 r. M. K. korzystała z urlopu macierzyńskiego, a w okresie od 29 czerwca 2015r do 24 lipca 2015r korzystała ze zwolnienia lekarskiego na opiekę nad dzieckiem.

Decyzją z dnia 26 października 2015r, ZUS I Oddział w Ł. stwierdził, że M. K. jako osoba prowadząca działalność gospodarczą nie podlega ubezpieczeniom społecznym od dnia 01 kwietnia 2012r. Na uzasadnienie stanowiska organ rentowy podnosił, że wnioskodawczyni nie zatrudniająca nikogo, w okresie zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych bardzo często korzystała ze zwolnień lekarskich i innych okresów nieświadczenia pracy uprawniających do pobierania świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Postępowanie wyjaśniające wykazało natomiast, że M. K. w istocie nie prowadziła działalności gospodarczej, a jedynie zgłosiła się do ubezpieczeń, aby pobierać świadczenia.

M. K. odwołała się od w/w decyzji, kwestionując ustalenia w zakresie nie podlegania ubezpieczeniom społecznym od kwietnia 2012r. Kolejnymi wyrokami sądów: Okręgowego z dnia 26 kwietnia 2017r w sprawie VIIIU 260/16, apelacyjnego z dnia 07 maja 2018r w sprawie III AUa 920/17 oraz Najwyższego z dnia 23 stycznia 2020r w sprawie I UK 332/18 - kolejno: odwołanie, apelacja oraz skarga kasacyjna M. K. - zostały oddalone.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie zasadniczo bezspornych okoliczności, ustalonych na podstawie dokumentów z akt sprawy. Wnioskodawczyni nie kwestionowała żadnych okoliczności z uwagi na rozstrzygnięcie spornej kwestii, niepodlegania ubezpieczeniom społecznym z tytułu działalności gospodarczej od dnia 01 kwietnia 2012 r. wyrokami sądów kolejnych instancji. M. K. nie stawiała się na rozprawę poprzedzającą wyrokowanie, nie składała wniosków w pismach procesowych. Nie podnosiła argumentów na uzasadnienie swojego stanowiska, w tym w zakresie zwrotu nienależnie pobranych świadczeń.

W oparciu o tak ustalony stan faktyczny Sąd Rejonowy stwierdził, iż odwołania M. K. zasługiwały na uwzględnienie jedynie w zakresie dotyczącym odsetek ustawowych od świadczeń nienależnie pobranych - zasiłków chorobowych, w

okresie objętym rozpoznawaną decyzją z dnia 04 listopada 2015r. W pozostałym zakresie odwołania należało oddalić, co znalazło wyraz w rozstrzygnięciu zawartym w wyroku.

Sąd wskazał, iż świadczenia z ubezpieczenia chorobowego, o których mowa w art. 1 pkt. 3 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1778) – (zwanej dalej ustawą systemową) - uregulowane są szczegółowo w ustawie z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz. U. z 2017, poz. 1368 ze zm.) – (zwanej dalej ustawą zasiłkową) - i przysługują wówczas, gdy spełni się ryzyko czasowej niezdolności do pracy spowodowanej chorobą lub innymi przeszkodami biologicznymi 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, bowiem zasiłek chorobowy (odpowiednio: macierzyński, opiekuńczy) zastępuje dochód utracony na skutek utraty zdolności do zarobkowania.

Również przepis art. 29 ust.1 ustawy zasiłkowej stanowi, że zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonej, która w okresie ubezpieczenia chorobowego albo w okresie urlopu wychowawczego urodziła dziecko. Zgodnie, natomiast z przepisem art. 32 ust.1 tejże ustawy, zasiłek opiekuńczy przysługuje ubezpieczonemu zwolnionemu od wykonywania pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem.

W przypadku każdego ze świadczeń objętych sporem, warunkiem prawa do nich jest podleganie ubezpieczeniom społecznym. „Trwanie ubezpieczenia chorobowego” oznacza czas trwania aktywności, z którą łączy się obowiązek ubezpieczenia albo uprawnienie do objęcia ubezpieczeniem na zasadach dobrowolności w rozumieniu przepisów ustawy systemowej.

W niniejszej sprawie w chwili wyrokowania bezspornym już było, że M. K. nie posiadała tytułu do pobierania świadczeń objętych rozpoznawanymi decyzjami. Decyzja z dnia 26 października 2015 r. stwierdzająca, że M. K. nie podlega ubezpieczeniom społecznym od dnia 01 kwietnia 2012 r. jako osoba prowadząca działalność gospodarczą, w związku z wyrokami sądów: okręgowego z dnia 26 kwietnia 2017r w sprawie VIIIU 260/16 , apelacyjnego z dnia 07 maja 2018r w sprawie III AUa 920/17 oraz Najwyższego z dnia 23 stycznia 2020r w sprawie IUK 332/18 – stała się ostateczna. Sąd rozstrzygający w tej sprawie, z mocy prawa jest związany wskazanymi orzeczeniami sądowymi, tym bardziej, że rozstrzygnęły kwestię zasadniczą w niniejszym procesie, tj. czy M. K. podlegała ubezpieczeniom społecznym od dnia 01 kwietnia 2012 r., a tym samym, czy miała prawo do świadczeń ubezpieczeniowych objętych rozpoznawanymi decyzjami.

Reasumując, w ocenie Sądu M. K. jako osobie nieubezpieczonej, w okresach ocenianych, nie służyło prawo do świadczeń z zabezpieczenia społecznego. Zaskarżone decyzje odpowiadały więc prawu, a odwołania w tym zakresie nie były zasadne. Konsekwencją wskazanej oceny, była natomiast prawidłowość rozstrzygnięcia organu rentowego w zakresie żądania od M. K. zwrotu zasiłków chorobowych za okresy wskazane w decyzji z dnia 04 listopada 2015r.

Zgodnie z art. 84 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.

W sprawie zasza ostatnia z w/w okoliczności. Zgodnie z rozstrzygnięciami sądowymi w sprawach zapoczątkowanych odwołaniem M. K. od decyzji z dnia 26 października 2015 r. wnioskodawczyni nie zatrudniająca nikogo, w okresie zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych bardzo często korzystała ze zwolnień lekarskich i innych okresów

nieświadczenia pracy uprawniających do pobierania świadczeń z ubezpieczenia społecznego. M. K. w istocie nie prowadziła w tym czasie działalności gospodarczej, a jedynie zgłosiła się do ubezpieczeń, aby pobierać świadczenia.

Zachowania kwalifikowane jako świadome wprowadzenie w błąd organu rentowego lub odwoławczego określa się szeroko. Zalicza się do nich bezpośrednio oświadczenie nieprawdy we wniosku o świadczenia, przemilczenie przez wnioskodawcę faktu mającego wpływ na prawo do świadczeń, złożenie wniosku w sytuacji oczywiście nieuzasadniającej powstanie prawa do świadczenia oraz okoliczność domniemanego współdziałania wnioskodawcy z innymi podmiotami we wprowadzeniu w błąd organu rentowego (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 stycznia 2011 r., II UK 194/10, niepublikowany). Jeżeli ubezpieczony przedkłada za sporne okresy zaświadczenia lekarskie (...), a jednocześnie, w tych samych okresach świadczy pracę zarobkową, to wprowadza w ten sposób w błąd organ rentowy, co do okoliczności warunkujących powstanie prawa do zasiłku chorobowego (por. wyrok SN z dnia 26 lipca 2017 r. wraz z uzasadnieniem Sygn. akt I UK 287/16). Podobnie w sytuacji, gdy osoba taka korzysta ze świadczeń, mimo że nie istnieje tytuł do ubezpieczenia społecznego, np. faktyczne prowadzenie działalności gospodarczej. Wobec powyższego, w świetle okoliczności sprawy, zasiłek pobrany za okresy orzeczonej niezdolności do pracy był nienależny i jako taki podlega zwrotowi.

Kwoty nienależnie pobranych świadczeń ustalone prawomocną decyzją oraz kwoty odsetek i kosztów upomnienia, zwane dalej "należnościami z tytułu nienależnie pobranych świadczeń", podlegają potrąceniu z wypłacanych świadczeń, a jeżeli prawo do świadczeń nie istnieje - ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. 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 ustawy o świadczeniach pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa, 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 (art. 66 ustawy zasiłkowej).

Reasumując, w ocenie Sądu Rejonowego M. K. nie nabyła prawa do zasiłku za rozpoznawane okresy, ponieważ nie była w tym czasie osobą ubezpieczoną. Wypłata zasiłku chorobowego, w takiej sytuacji, byłaby sprzeczna z ratio legis omawianej regulacji, która sprowadza się do dostarczenia środków utrzymania ubezpieczonemu (ewentualnie byłemu ubezpieczonemu), który z powodu czasowego (stałego) ustania pracy zarobkowej traci dotychczasowe dochody, a któremu choroba przeszkodziła w pracy zarobkowej (H. Pławucka, glosa do uchwały SN z dnia 30 sierpnia 2001 r., III ZP 11/2001, OSP 2002, z. 12, poz. 599). Tym samym zdaniem Sądu A. K. na skutek własnych, świadomych wyborów, winna zwrócić świadczenia za sporny okres w niekwestionowanych kwotach jako nienależnie pobrane.

Zgodnie z art. 84 ust. 3 ustawy systemowej, 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.

Zgodnie z obecnym poglądem jest to okres liczony do ostatniej wypłaty (pobrania) nienależnego świadczenia (uchw. SN (7) z 16.5.2012 r., III UZP 1/12, OSNP 2012, Nr 23-24, poz. 290). Tak samo należy liczyć początek biegu terminu 12-miesięcznego, zgodnie ze słowami ustawy "ostatnie 12 miesięcy". Nienależnie pobrane świadczenie podlega zwrotowi w kwocie brutto (odpowiednio wyr. SN z 17.4.2009 r., I UK 333/08, OSNP 2010, Nr 23-24, poz. 292); obejmuje kwotę świadczenia faktycznie wypłaconego osobie pobierającej świadczenie, zwiększoną o kwotę podatku dochodowego od osób fizycznych odprowadzaną przez organ rentowy na rzecz organu podatkowego (uchw. SN z 26.4.1994 r., II UZP 9/94, OSNAPiUS 1994, Nr 3, poz. 45). Decyzja o zwrocie nienależnego świadczenia od dnia 14 grudnia 2016r (tj. od dnia wejścia w życie pkt.7 litera „a” art. 84 ustawy systemowej, wprowadzonego ustawą z dnia 6 października 2016 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1921), nie może być wydana, później niż w terminie 5 lat od ostatniego dnia okresu, za który pobrano nienależne świadczenie.

Zgodnie z art. 2 ust. 3 powołanej ustawy zmieniającej ustawę systemową, przepis art. 84 ust. 7a ustawy systemowej, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się do rozpoznania odwołań od decyzji ustalających kwoty nienależnie pobranych świadczeń oraz kwoty odsetek i kosztów upomnienia wniesionych i nierozpatrzonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy. Do takiej kategorii spraw należy niniejsza sprawa.

Przenosząc cytowane regulacje na grunt sprawy Sąd Rejonowy stwierdził, że oceniane decyzje były prawidłowe w zakresie stosowania regulacji art. 84 ust. 3 i ust. 7a ustawy systemowej. Organ rentowy nie domagał się zwrotu kwot przekraczających nienależnie wypłacone kwoty ponad wysokość świadczeń pobranych w okresie 36 miesięcy, a decyzja zobowiązująca do zwrot została wydana w okresie krótszym niż okres 5 lat od ostatniego dnia okresu, za który pobrano nienależne świadczenie. Bezsprzecznie, nie zaszyły także warunki do ograniczania zwrotu świadczeń do ich wartości za czas 12 miesięcy. Zresztą odwołująca się nie podnosiła żadnych argumentów podważających stanowisko ZUS, poza tym, że twierdziła (i to w innym procesie), iż podlegała ubezpieczeniom od kwietnia 2012r.

Zgodnie z art. 84 ust.11 ustawy systemowej, tylko w przypadku, gdy osoba pobierająca świadczenia zawiadomiła organ wypłacający te świadczenia o zajściu okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty, a mimo to świadczenia były nadal wypłacane, kwoty nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych podlegają zwrotowi bez odsetek.

Wskazana sytuacja w tym przypadku nie miała miejsca. Odwołująca się także nie podnosiła, aby taka sytuacja miała miejsce. Rozstrzygnięcie w zakresie zasadności żądania przez ZUS zwrotu kwot głównych wypłaconych świadczeń determinowała więc treść art. 84 ust.1 i 2 ustawy systemowej oraz art. 66 ustawy zasiłkowej. W tym zakresie decyzja ZUS zobowiązująca odwołującą się do zwrotu pobranych zasiłków była słuszna i odpowiadała obowiązującym przepisom. Zdaniem Sądu odwołująca się świadomie wprowadziła organ rentowy w błąd, składając zwolnienia lekarskie, w trakcie obowiązywania których i wcześniej, nie podlegała ubezpieczeniom społecznym. W takiej sytuacji nie powinna korzystać z zabezpieczenia społecznego.

Mając na uwadze wskazane wyżej rozważania Sąd stwierdził, iż odwołującej się nie przysługiwało prawo do zasiłku chorobowego za sporny okres objęty odwołaniem, co oznaczało obowiązek jego zwrotu.

Z tych też względów na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c., orzekł jak w sentencji wyroku, za wyjątkiem części dotyczącej odsetek ustawowych od pobranych świadczeń. W tym zakresie decyzja ZUS była wadliwa i podlegała zmianie.

Organ rentowy naliczył odsetki od tychże świadczeń za czas od dnia następnego po dniu ich wypłaty do dnia wydania rozpoznawanej decyzji, a więc w sposób nieprawidłowy. W przypadku nienależnie pobranych świadczeń, odsetki biegą 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 biegą więc przed doręceniem decyzji ustalającej obowiązek zwrotu nienależnie pobranego świadczenia. Stanowisko takie od dawna jest ugruntowane w praktyce orzeczniczej, a także znalazło już odzwierciedlenie w rozstrzygnięciach ZUS wydawanych w ostatnim okresie.

Sąd wskazał, iż w tym przypadku, decyzja wydana w roku 2015 r. nie została konwalidowana w zakresie odsetek, poprzez jej zmianę w tymże zakresie. Wymagała więc sądowej korekty, tak aby nie obciążać odwołującej się zwrotem odsetek za okresy wybiegające przed datę wydania decyzji.

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. wyroku 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, Sąd Rejonowy doszedł do przekonania, iż organ rentowy mógł żądać odsetek od nienależnie pobranego świadczenia dopiero od następnego dnia po doręczeniu decyzji o obowiązku ich zwrotu.

Mając powyższe na uwadze, Sąd na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c., zmienił zaskarżoną decyzję w części w ten tylko sposób, że ustalił, iż odwołująca się nie jest zobowiązana do zwrotu odsetek ustawowych. W pozostałym zakresie odwołanie oddalono, tak jak i odwołania od kolejnych decyzji z dnia 25 listopada 2015r i z 27 stycznia 2016r.

Zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu oraz stosunkowego rozdzielenia kosztów w związku z regulacjami § 9 ust.2 i § 21 rozporządzenia MS w sprawie opłat za czynności radców prawnych z dnia 22 października 2015 r. (DZ.U. z 2015 r. poz. 1804, ze zm.) zastosowano w sprawie stawkę minimalną dla jednej sprawy, w wysokości obowiązującej w chwili zainicjowania procesu, tj. w lutym 2016r. Regulacja § 9 ust.2 rozporządzenia przewidywała wówczas stawkę 360 zł (zmiana nastąpiła dopiero od 27 października 2016r, gdy stawkę obniżono do kwoty 180 zł rozporządzeniem MS z dnia 3 października 2016 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 1667), zmieniającym rozporządzenie w sprawie opłat za czynności radców prawnych, które w § 2 stanowiło, że do spraw wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie rozporządzenia stosuje się przepisy dotychczasowe do czasu zakończenia postępowania w danej instancji. Także przepis § 21 rozporządzenia MS w sprawie opłat za czynności radców prawnych z dnia 22 października 2015, zawiera zapis, że do spraw wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie rozporządzenia stosuje się przepisy dotychczasowe do czasu zakończenia postępowania w danej instancji.

Sąd wskazał, iż organ rentowy reprezentował w sprawie pełnomocnik procesowy radca prawny, który stawiał się tylko na rozprawie poprzedzającej wydanie wyroku. Wcześniej, przez lata procesu, pracownicy ZUS sporządzali i podpisywali pisma procesowe, a sprawy dotyczące wszystkich odwołań od początku toczyły się w jednym procesie. Ograniczało to pracochłonność sprawy, a ZUS nie podejmował przez lata żadnych skomplikowanych czynności procesowych (właściwie poprzestał na złożeniu odpowiedzi na odwołania). Dopiero perspektywa zakończenia procesu w związku z wyrokiem Sądu Najwyższego wygenerowała pismo procesowe podpisane przez profesjonalnego pełnomocnika. W tej sytuacji, właściwa i wystarczająca, adekwatna do rodzaju sprawy, ilości posiedzeń i koniecznych czynności procesowych, była stawka 360 zł. Pełnomocnik ZUS nie był wzywany do osobistego stawiennictwa, a gdyby nawet- brak było podstaw do stosowania trzykrotności stawki minimalnej, w związku z tym, że w sprawie rozpoznawano łącznie trzy odwołania (w istocie każde z nich, tak jak i decyzje, ograniczało się do tej samej kwestii, zależnej od rozpoznania sprawy dotyczącej okresów ubezpieczenia społecznego).

Zgodnie z § 15 rozporządzenia w sprawie opłat /.../ opłaty stanowiące podstawę zasądzenia kosztów zastępstwa prawnego ustala się z uwzględnieniem stawek minimalnych określonych w rozdziałach 2-4. Opłatę w sprawach wymagających przeprowadzenia rozprawy ustala się w wysokości przewyższającej stawkę minimalną, tylko jeśli uzasadnia to niezbędny nakład pracy radcy prawnego, w szczególności poświęcony czas na przygotowanie się do prowadzenia sprawy, liczba stawienictw w sądzie, w tym na rozprawach i posiedzeniach, czynności podjęte w sprawie, w tym czynności podjęte w celu polubownego rozwiązania sporu, również przed wniesieniem pozwu, wartość przedmiotu sprawy, wkład pracy radcy prawnego w przyczynienie się do wyjaśnienia okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, jak również do wyjaśnienia i rozstrzygnięcia istotnych zagadnień prawnych budzących wątpliwości w orzecznictwie i doktrynie, rodzaj i złożoność sprawy, w szczególności tryb i czas prowadzenia sprawy, obszerność zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, w szczególności dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego lub biegłych sądowych, dowodu z zeznań świadków, dowodu z dokumentów, o znacznym stopniu skomplikowania i obszerności.

Dopiero łączne zaistnienie, przynajmniej części z w/w okoliczności, uzasadnia przyznanie stawki wyższej niż minimalna. W sprawie takie okoliczności nie miały miejsca, zważywszy że organ rentowy w znacznym zakresie proces przegrał. Z tych też względów zastosowana stawka była właściwa i uwzględniała fakt stawienia się pełnomocnika ZUS na rozprawie i wartość przedmiotu sporu.

Apelację od powyższego orzeczenia w części oddalającej odwołanie wniosła wnioskodawczyni reprezentowana przez profesjonalnego pełnomocnika.

Zaskarżonemu wyrokowi zarzuciła:

1. naruszenie przepisów postępowania mające wpływ na rozstrzygnięcie w niniejszej sprawie poprzez naruszenie:

- art. 379 pkt 5 KPC w zw. z art. 135 § 1 KPC w zw. z art. 136 § 2 KPC w zw. z art. art. 214 § 1 KPC powodujące nieważność postępowania, wskutek naruszenia przepisów Kodeksu postępowania cywilnego w zakresie nieprawidłowego doręczenia odwołującej się korespondencji na nieaktualny adres zamieszkania, przez co została ona pozbawiona możliwości obrony swych praw przed Sądem I instancji;
- art. 227 KPC w zw. 232 KPC w zw. z art. 6 KC polegającego na zaniechaniu przeprowadzenia jakiegokolwiek postępowania dowodowego, w szczególności dowodu z dokumentów znajdujących się w aktach sprawy VIII U 260/16, a to z dokumentów w postaci uzasadnienia orzeczeń Sądu I i II instancji oraz uzasadnienia wyroku Sądu Najwyższego, co w konsekwencji spowodowało się do poczynienia ustaleń jedynie w oparciu o twierdzenia organu rentowego, pomimo iż obowiązek wykazania przesłanek zwrotu nienależnie pobranych świadczeń obciążał organ rentowy;

2. naruszenie prawa materialnego a to: art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, poprzez błędne przyjęcie, że niniejszej sprawie samo następcze wyłączenie ubezpieczonej z ubezpieczeń społecznych na skutek uznania, że podejmowane przez nią czynności po 1.04.2012 roku nie spełniają warunku prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, perse uzasadnia przyjęcie, że zaszła przesłanka świadomego wprowadzenia w błąd organu, podczas gdy w ocenie strony skarżącej art. 84 ust. 2 pkt 2 nie daje podstaw do zastosowania takiego uproszczenia.

3. nierozpoznanie istoty sprawy poprzez zaniechanie ustalenia, czy zachowaniu M. G. (1) można przypisać przymiot świadomości i które z okoliczności w realiach rozpoznawanej sprawy wskazują, że M. G. (1) przyjęła świadczenia w złej wierze, a także zaniechanie ustalenia, czy odwołująca się była pouczona przez organ rentowy o okolicznościach warunkujących brak prawa do ich pobierania;

Mając na uwadze powyższe zarzuty skarżący wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku; ewentualnie o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez zmianę poprzedzającej go zaskarżonej decyzji ZUS I Oddział w Ł. z dnia 4 listopada 2015 roku znak (...) w ten sposób, że zwolnić M. G. (1) (poprzednio K.] od obowiązku zwrotu pobranego zasiłku chorobowego i zasiłku macierzyńskiego w okresach i kwotach w skazanych w przedmiotowej decyzji. Zasądzenie od

organu na rzecz odwołującej się kosztów sądowych, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego, za obie instancje według norm prawem przepisanych.

Jednocześnie skarżący wniósł o

- przeprowadzenie dowodu z przesłuchania M. G. (1) w charakterze strony w celu ustalenia, czy okresach pobierania zasiłków chorobowych i macierzyńskiego miała wiedzę, że pobierane świadczenia nie należą jej się, a także czy była pouczona o braku prawa do ich pobierania;

- załączenie akt sprawy sygn. akt VIII U 260/16 (wraz z aktami postępowania apelacyjnego i kasacyjnego) i przeprowadzenie dowodu z dokumentów znajdujących się ww. aktach w celu ustalenia czy M. G. (1) pobierając świadczenia w związku z chorobą i macierzyństwem od 24 czerwca 2012 roku działa ze świadomością, że nie ma prawa do ww. świadczeń;

- zobowiązanie ZUS I Oddział w Ł. do przedłożenia akt rentowych.

W odpowiedzi na apelację pełnomocnik organu rentowego wniósł o jej oddalenie jako bezzasadnej, dopuszczenie dowodu z dokumentu w postaci wydruku z przelewu wnioskodawczyni na fakt, że wnioskodawczyni jako adres zamieszkania w 02/2020 r. wskazała Ł., ul. (...). Zasadzenie od wnioskodawczyni na rzecz organu rentowego kosztów zastępstwa procesowego za II instancję wg. norm przepisanych.

Sąd Okręgowy w Łodzi wyrokiem z dnia 1 października 2020 r. w sprawie sygn. akt VIII Ua 41/20 oddalił apelację odwołującą się od powołanego wyżej wyroku Sądu Rejonowego.

Sąd Okręgowy podkreślił, że kwestia podlegania przez ubezpieczoną obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej została prawomocnie przesądzona powoływanymi wyrokami Sądu w obu instancji i była przedmiotem orzeczenia przez Sąd Najwyższy. Sądy zgodnie przyjęły, iż ubezpieczona pozorowała prowadzenie działalności celem uzyskania prawa do świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Tym samym okoliczność ta nie może być pomijana w procesie niniejszym.

W ocenie Sądu Okręgowego, zostały spełnione przesłanki zwrotu nienależnego świadczenia, bowiem odwołująca się wprowadziła organ rentowy w błąd (art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2022 r., poz. 1009 ze zm.; dalej ustawa systemowa). Odwołująca się nie miała prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, skoro już od 1 kwietnia 2012 r. nie podlegała ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. Choć w istocie odwołująca się, pobierając zasiłek chorobowy, nie była pouczona o braku prawa do tego świadczenia (art. 84 ust. 2 pkt 1 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. Sąd zauważył, że częsty brak pouczenia ubezpieczonych o konsekwencjach prawnych braku zgłoszenia aktu zaprzestania działalności gospodarczej byłby nadużywany, gdyby przyjąć, że brak pouczenia zawsze zwalniałby z odpowiedzialności prawnej. „Dlatego brak pouczenia nie może stanowić jedynej podstawy zmiany decyzji ZUS w sytuacji, gdy 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. Zarejestrowanie działalności jedynie w celu uzyskania prawa do świadczeń przy jednoczesnym pozorowaniu jej wykonywania m.in. przez składanie dokumentów rozliczeniowych, przy faktycznym zaprzestaniu prowadzenia działalności, zdaniem Sądu, należy więc kwalifikować za działania ubezpieczonej wprowadzające ZUS w błądne 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”.

W skardze kasacyjnej od powyższego wyroku odwołująca się zarzuciła:

1. naruszenie prawa materialnego: art. 84 ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy z systemowej, przez niewłaściwe zastosowanie w sytuacji, gdy pobrane przez ubezpieczoną świadczenie nie posiada cech „świadczenia nienależnie pobranego” określonych w tym przepisie, w szczególności świadczenie nie zostało wypłacone na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzania w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia (ust. 2), ani ubezpieczona nie była pouczona o braku prawa do pobierania świadczeń (ust. 1);

2. naruszenie przepisów postępowania, w sposób mający istotny wpływ na wynik sprawy, tj.: (-) art. 378 § 1 k.p.c., art. 382 k.p.c., art. 381 k.p.c., w następstwie czego oraz ze względu na nieprzebranie kompetencji rozpoznawczych i kontrolnych sądu odwoławczego i niespełnienia jego procesowej funkcji (art. 382 k.p.c.) doszło do pominięcia istotnego materiału dowodowego i braku wyczerpujących ustaleń, ze skutkami wskazanymi w art. 398³ § 1 pkt 2 k.p.c. i oddalenia apelacji, pomimo że nie była ona bezzasadna; (-) art. 328 § 2 k.p.c. związku z art. 84 ustawy systemowej w związku z art. 391 § 1 k.p.c., przez niewyjaśnienie dokładnie istoty sporu, ale i też szczegółowo podstaw przyjętego rozstrzygnięcia.

Skarżąca wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Okręgowemu w Łodzi do ponownego rozpoznania wraz z rozstrzygnięciem o kosztach postępowania za postępowanie kasacyjne.

Organ rentowy, w odpowiedzi na skargę, wniósł o jej oddalenie i zasądzenie od odwołującej się na swoją rzecz kosztów postępowania kasacyjnego.

Wyrokiem z dnia 17.11.2022 r. sygn. akt I USKP 141/21 Sąd Najwyższy w rozpoznaniu skargi kasacyjnej M. G. (1) od wyroku Sądu Okręgowego z dnia 1.10.2020 VIII Ua 41/20 uchylił zaskarżony wyrok i sprawę przekazał Sądowi Okręgowemu w Łodzi do ponownego rozpoznania i orzeczenia o kosztach postępowania kasacyjnego.

Wskazując na treść art. 84 ust. 2 ustawy systemowej wskazał iż obowiązek zwrotu nienależnie pobranego świadczenia obciąża tylko tego, kto przyjął świadczenie złej wierze wiedząc, że mu się ono nie należy, co dotyczy zarówno osoby, która została pouczona o okolicznościach, w jakich nie powinna pobierać świadczeń (art. 84 ust. 2 pkt 1 ustawy systemowej jak też tej osoby która uzyskała świadczenia na podstawie nieprawdziwych zeznań lub dokumentów albo innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd instytucji ubezpieczeniowej (art. 84 ust. 2 pkt 2 tej ustawy).

W ocenie Sądu Najwyższego ustalenia faktyczne dokonane przez Sądy meriti nie pozwalają na tak stanowczą ocenę, jak to uczynił Sąd Okręgowy. Nie wynika z nich bowiem żadna okoliczność uściślająca, z której wynikałaby świadomość skarżącej, że pobiera nienależne świadczenie, poza ogólnikowym stwierdzeniem, że przemilczała ona brak tytułu do ubezpieczeń oraz że Sądy (orzekające w sprawie o podleganie ubezpieczeniom społecznym) zgodnie przyjęły, iż ubezpieczona pozorowała prowadzenie działalności celem uzyskania prawa do świadczeń z ubezpieczenia społecznego, przy czym nie została ustalona treść motywów powołanych rozstrzygnięć.

Sąd Najwyższy w związku z tym przypominał, że wynikająca z art. 365 § 1 k.p.c. moc wiążąca wyroku dotyczy związania sentencją, a nie uzasadnieniem wyroku innego sądu, czyli przesłankami faktycznymi i prawnymi przyjętymi za jego podstawę, gdyż zakresem prawomocności materialnej jest objęty tylko ostateczny wynik rozstrzygnięcia, a nie jego przesłanki (por. orzeczenia Sądu Najwyższego: z dnia 16 lutego 1937 r., II C 2507/36, OSP 1937, poz. 727; z dnia 13 stycznia 2000 r., II CKN 655/98, LEX nr 51062; z dnia 23 maja 2002 r., IV CKN 1073/00, LEX nr 55501; z dnia 8 czerwca 2005 r., V CK 702/04, LEX nr 402284; z dnia 15 listopada 2007 r., II CSK 347/07, LEX nr 345525; z dnia 22 czerwca 2010 r., IV CSK 359/09, OSNC 2011 nr 2, poz. 16). Zatem poglądy Sądu (w tamtej sprawie) dotyczące sfery motywacyjnej skarżącej nie mają mocy wiążącej.

Z tego względu Sąd drugiej instancji w niniejszej sprawie miał obowiązek ustalenia i oceny okoliczności związanych z zarejestrowaniem przez skarżącą działalności gospodarczej i zgłoszeniem się do ubezpieczeń społecznych w kontekście przesłanek wynikających z art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej. Nie można bowiem przyjmować a priori, że skoro tytuł do ubezpieczeń społecznych nie istniał, co stwierdzone zostało prawomocnym wyrokiem, to odwołująca się musiała mieć tego świadomość, z uzasadnieniem, że jako działający profesjonalnie przedsiębiorca powinna znać przepisy prawa (mieć pełną świadomość z jakiego tytułu i kiedy winna podlegać ubezpieczeniom społecznym, w tym ubezpieczeniu chorobowemu). Konieczne było natomiast w ocenie Sądu Najwyższego rozważenie, czy w ustalonych okolicznościach odwołująca się z jakiś powodów mogła pozostawać w uzasadnionym przekonaniu, że podlega obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym jako osoba prowadząca działalność gospodarczą. Przy takiej ocenie istotne znaczenie mają okoliczności ustalone w sprawie VIII U 260/16 (jako część materiału dowodowego), z których Sąd wywiódł wniosek, że nie istniał tytuł do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych (chodzi o to, czy ubezpieczona nie wykonywała w ogóle żadnych czynności bądź też jakieś wykonywała, lecz nie spełniały one kryteriów działalności gospodarczej). Pozwoli to wyjaśnić intencje skarżącej, a mianowicie, czy zgłosiła się do ubezpieczeń w wyniku niezawinionego błędu czy też z ukierunkowanym zamiarem wprowadzenia organu rentowego w błąd, o czym mogłaby na przykład świadczyć nieadekwatna z punktu widzenia racjonalnego przedsiębiorcy zadeklarowana wysokość podstawy wymiaru składki. Okoliczności te zaważą na ocenie, czy skarżąca świadomie stworzyła jedynie pozór działalności gospodarczej w celu osiągnięcia nieuzasadnionych korzyści z systemu ubezpieczeń społecznych kosztem pozostałych ubezpieczonych.

W rezultacie Sąd Najwyższy uznał, że potwierdziły się podstawy naruszenia przepisów postępowania co rzutuje również na zasadność zarzutów naruszenia prawa materialnego.

Na rozprawie w dniu 6 kwietnia 2022 roku pełnomocnik wnioskodawczynie poparł apelację i w związku z treścią uzasadnienia wyroku Sądu Najwyższego z dnia 17.11.2022 r. wniósł o przeprowadzenie dowodu z dokumentów w postaci:

1. Wydruku ulotek, folderów reklamowych i wizytówek (...) Kancelaria (...)
 2. Wydruki strony firmowej na portalu F. potwierdzające prowadzenie tzw. funpage firmowego w celu pozyskiwania kontaktów z klientami
 3. Wydruki z kalendarza G. z zapisanymi kontaktami w związku z prowadzonymi przez wnioskodawczynię sprawami;
 4. Przykładowe e-maile prowadzonej korespondencji z klientami;
 5. Wydruki z konta firmowego (...) Kancelaria (...)
- w celu wykazania podejmowania czynności zawodowych w związku z prowadzoną przez wnioskodawczynię działalnością;
6. Orzeczenia o niepełnosprawności oraz zaświadczenia lekarskie o stanie zdrowi syna wnioskodawczynie S. S. - w celu ustalenia stanu zdrowia syna wnioskodawczynie uzasadniający opiekę nad dzieckiem.

Pełnomocnik ZUS wniósł o oddalenie apelacji.

Na rozprawie w dniu 1.06.2023 r. pełnomocnik wnioskodawczynie poparł apelację i wniósł o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania. Pełnomocnik ZUS wniósł oddalenie apelacji oraz o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych w postępowaniu apelacyjnym. Wniósł o pominięcie wniosków dowodowych pełnomocnika wnioskodawczynie

Sąd Okręgowy w Łodzi

po ponownym rozpoznaniu sprawy, zważył co następuje:

Apelacja wnioskodawczyni jako zasadna skutkuje uchYLENIEM wyroku i przekazaniem sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania.

Kwestią sporną w sprawie pozostawała kwestia zwrotu pobranych przez wnioskodawczynię M. G. (1) zasiłków chorobowego, macierzyńskiego, opiekuńczego, jako świadczeń nienależnie pobranych wskazanych decyzjach Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddziału w Ł.: z dnia 04 listopada 2015 roku znak (...); z dnia 25 listopada 2015 roku znak (...); z dnia 27 stycznia 2016 roku znak (...);

Zgodnie z art. 84 ust. 2 ustawy systemowej, 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 (pkt 1), jak też 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 (pkt 2). W wyroku z dnia 30 stycznia 2019 r., I UK 416/17 (OSNP 2019 nr 7, poz. 90) Sąd Najwyższy wskazał, iż 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 (ust. 2 pkt 1 ustawy systemowej), jak też tej osoby, która uzyskała świadczenia na podstawie nieprawdziwych zeznań lub dokumentów, albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd instytucji ubezpieczeniowej (art. 84 ust. 2 pkt 2 tej ustawy). 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; (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 września 2020 r., I UK 98 19. LEX nr 3067436). Świadomość nienależności świadczenia może mieć źródło w pouczeniu udzielonym przez organ rentowy co do okoliczności powodujących konieczność zwrotu świadczenia bądź też może wynikać z zawinionego działań a osoby, która spowodowała wypłatę świadczeń. Konstatacja ta jest powszechnie podzielana w orzecznictwie (zob. wyroki Trybunału Ubezpieczeń Społecznych: z dnia 11 stycznia 1966 r., III TR 1492/65, OSPiKA 1967 nr 10, poz. 247; z dnia 2 maja 1966 r., I TR 49/66, niepubl.; z dnia 13 października 1966 r., I TR 693/66 niepubl.; wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 16 lutego 1987 r., II URN 16/87, PIZS 1988 nr 6; z dnia 24 listopada 2004 r., I UK 3/04, OSNP 2005 nr 8, poz. 116) Przyjmuje się, że świadomym wprowadzeniem w błąd jest umyślne działanie świadczeniobiorecy, które ma postać zamiaru bezpośredniego lub zamiaru ewentualnego. W rozumieniu art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, błąd stanowi następstwo świadomego działania pobierającego świadczenie, determinowanego wolą wywołania przekonania po stronie organu, że zostały spełnione warunki: nabycia prawa do świadczenia lub świadczenia o określonej wysokości. Ów błąd wiąże się zawsze z pierwotną wadliwością rozstrzygnięć organu rentowego lub odwoławczego, z etapem ustalania prawa do świadczeń, a jego istotną cechą konstrukcyjną, odróżniającą od innych uchybień, jest istnienie fałszywego wyobrażenia organu o stanie uprawnień ubezpieczonego, wywołanego na skutek świadomego zachowania osoby pobierającej świadczenie (zob. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 16 grudnia 2008 r., I UK 154/08, OSNP 2010 nr 11-12 poz. 148; z dnia 5 kwietnia 2001 r., II UKN 309/00, OSNP 2003 nr 2, poz. 44; dnia 8 stycznia 1999 r., II UKN 406/98, OSNAPiUS 2000 nr 5, poz. 196; z dnia 29 lipca 1998 r., II UKN 147/98, OSNAPiUS 1999 nr 14, poz. 471; z dnia 14 kwietnia 2000 r., II UKN 500/99, OSNAPiUS 2002 nr 20, poz. 623; z dnia 9 marca 2012 r., I UK 335/11, LEX nr 1212052; z dnia 27 stycznia 2011 r., II UK 194/00, LEX nr 786392; z dnia 20 maja 2004 r., II UK 385/03, OSNP 2005 nr 2, poz. 25; z dnia 9 lutego 2017 r., II UK 699/15; LEX nr 2255424 – nadto stanowisko SN w przedmiotowej sprawie).

Prawidłowe rozstrzygnięcie każdej sprawy uzależnione jest od spełnienia przez sąd orzekający dwóch naczelných obowiązków procesowych, mianowicie przeprowadzenia postępowania dowodowego w sposób określony przepisami kodeksu postępowania cywilnego oraz dokonania wszechstronnej oceny całokształtu okoliczności ujawnionych w toku

rozprawy. Rozstrzygnięcie to winno również znajdować oparcie w przepisach prawa materialnego adekwatnych do poczynionych ustaleń faktycznych. Kontrola instancyjna zaskarżonego orzeczenia ma natomiast na celu ustalenie, czy w sprawie będącej przedmiotem rozpoznania sąd pierwszej instancji sprostał tym wymogom. W sytuacji jednak, gdy Sąd I instancji nie rozpoznał istoty sprawy lub wydanie wyroku przez sąd odwoławczy wymagałoby przeprowadzenia postępowania dowodowego w całości, sąd ten, na podstawie art. 386 § 4 k.p.c., uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę do ponownego rozpoznania Sądowi pierwszej instancji. Podkreślić należy, że wymóg przeprowadzenia postępowania dowodowego w całości, w rozumieniu art. 386 § 4 k.p.c., weryfikowany jest z punktu widzenia Sądu II instancji. Dlatego niemiarodajne dla tej przesłanki jest podejście ilościowe, akcentujące, że postępowanie dowodowe w jakiejś części zostało przez Sąd I instancji zrealizowane. Znaczenie ma tylko to, czy dowody te są przydatne dla wyjaśnienia istoty sprawy ocenianej przez Sąd II instancji (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 13 listopada 2014 roku, III SZ 1/14). Zgodnie z powyższym wskazuje się także, iż konieczność przeprowadzenia postępowania dowodowego w całości może zachodzić wówczas, gdy Sąd I instancji nie przeprowadził w ogóle żadnego postępowania dowodowego albo przeprowadził dowody wyłącznie na okoliczności nieistotne dla rozstrzygnięcia sprawy (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 września 2008 roku, I CSK 51/08). Jednocześnie możliwość uzupełnienia czy ponowienia dowodów w postępowaniu drugoinstancyjnym nie może zastąpić obowiązku przeprowadzenia przez Sąd I instancji postępowania dowodowego w zakresie niezbędnym do prawidłowego ustalenia podstawy faktycznej orzeczenia oraz rozważenia całego zebranego materiału, bez pomijania jakiegokolwiek jego części, z uwagi na powstanie niebezpieczeństwa jednoinstancyjnego rozpoznania sprawy (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 26 marca 2015 roku, V CZ 7/15).

Należy mieć również na uwadze, iż stosownie do treści art. 382 k.p.c. postępowanie apelacyjne ma charakter merytoryczny, stanowiący przedłużenie postępowania przed sądem pierwszej instancji, to jednak zakres dopuszczalnego uzupełnienia postępowania dowodowego nie może naruszać prawa do instancji w rozumieniu art. 176 ust. 1 Konstytucji RP. Możliwość uzupełnienia czy ponowienia dowodów w postępowaniu przed sądem drugiej instancji w modelu apelacji pełnej nie może zastąpić obowiązku przeprowadzenia przez sąd pierwszej instancji postępowania dowodowego w zakresie niezbędnym do prawidłowego ustalenia podstawy faktycznej orzeczenia oraz rozważenia całego zebranego materiału, bez pomijania jakiegokolwiek jego części, z uwagi na powstanie niebezpieczeństwa jednoinstancyjnego rozpoznania sprawy. Oznacza to, że sąd drugiej instancji nie może zastępować własnym orzeczeniem rozstrzygnięcia sądu pierwszej instancji, gdyż mogłoby to doprowadzić do sytuacji, w których sąd odwoławczy orzekałby jako jedna i ostateczna instancja (wyrok Sądu Najwyższego z 11 lipca 2007 roku, III UK 20/07).

W toku postępowania Sąd Rejonowy ustalił, że M. G. (1) w okresie od 1 kwietnia 2012 r. i dalej - do dnia wydania rozpoznawanych decyzji - nie podlegała ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej. Odwołująca się była niezdolna do pracy w licznych okresach przypadających w ramach czasowych od 20 czerwca 2012 r. do 4 listopada 2015 r. (z wieloma przerwami), a także od 5 listopada 2015 r. do 2 grudnia 2015 r. i od 13 stycznia 2016 r. do 10 lutego 2016 r. Ponadto w okresie od 13 czerwca 2013 r. do 11 czerwca 2014 r. M. G. (1) korzystała z urlopu macierzyńskiego, a w okresie od 29 czerwca 2015 r. do 24 lipca 2015 r. korzystała ze zwolnienia lekarskiego na opiekę nad dzieckiem.

Decyzją z dnia 26 października 2015 r. organ rentowy stwierdził, że M. G. (1) od 1 kwietnia 2012 r. nie podlega ubezpieczeniom społecznym.

M. G. (1) odwołała się od tej decyzji, kwestionując ustalenia w zakresie niepodlegania ubezpieczeniom społecznym od kwietnia 2012 r. Wyrokami Sądu Okręgowego z dnia 26 kwietnia 2017 r., w sprawie VIII U 260/16, Sądu Apelacyjnego z dnia 7 maja 2018 r., w sprawie III AUa 920/17 oraz Sądu Najwyższego z dnia 23 stycznia 2020 r., w sprawie I UK 332/18 - kolejno: odwołanie, apelacja oraz skarga kasacyjna odwołującej się - zostały oddalone.

Rację ma apelujący na co wskazał też Sąd Najwyższy w uzasadnieniu rozstrzygnięcia w przedmiotowej sprawie, iż czyniąc ustalenia sądy nie ustaliły żadnych okoliczności, z której wynikałaby świadomość skarżącej, że pobiera nienależne świadczenie. W sprawie zabrakło ustalenia i oceny okoliczności związanych z zarejestrowaniem

przez skarżącą działalności gospodarczej i zgłoszeniem się do ubezpieczeń społecznych w kontekście przesłanek wynikających z art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej. Nie można bowiem przyjmować a priori, że skoro tytuł do ubezpieczeń społecznych nie istniał, co stwierdzone zostało prawomocnym wyrokiem, to odwołująca się musiała mieć tego świadomość. Analizując zaskarżone rozstrzygnięcie stwierdzić należy, że co prawda Sąd Rejonowy powołując się Sądoryzekające w sprawie o podleganie ubezpieczeniom społecznym wskazywał, iż „wnioskodawczyni nie zatrudniająca nikogo, w okresie zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych bardzo często korzystała ze zwolnień lekarskich i innych okresów nieświadczenia pracy uprawniających do pobierania świadczeń z ubezpieczenia społecznego - M. G. w istocie nie prowadziła w tym czasie działalności gospodarczej a jedynie zgłosiła się do ubezpieczeń aby pobierać świadczenia” lecz uwagi te zamieścił w rozważaniach, nie poczynił w tej kwestii żadnych własnych ustaleń faktycznych. Przyjęcie zaś pozorowania prowadzenia działalności celem uzyskania prawa do świadczeń z ubezpieczenia społecznego, wymaga poczynienia ustaleń w tym przedmiocie i przywołania motywów takich rozstrzygnięć. Nadto na co wskazywał też Sąd Najwyższy w przedmiotowej sprawie, generalne odwołanie się do profesjonalizmu wnioskodawczyni jako przedsiębiorcy - co do tego, iż ubezpieczona jako przedsiębiorca winna mieć pełną świadomość z jakiego tytułu i kiedy winna podlegać ubezpieczeniom społecznym, w tym ubezpieczeniu chorobowemu, nadto ogólnikowego stwierdzenia, że przemilczała ona brak tytułu do ubezpieczeń nie jest wystarczające tej materii.

Szczególnie istotny dla oceny powyższych okoliczności, w tym świadomości wnioskodawczyni, jest także fakt, iż odwołująca prowadziła działalność gospodarczą i podlegała z tego tytułu ubezpieczeniom społecznym od 2010 roku. Natomiast organ rentowy zakwestionował podleganie obowiązkowi ubezpieczeń dopiero od 1 kwietnia 2012 roku, który to okres był kontynuacją tego ubezpieczenia. Istnieje zatem uzasadniona wątpliwość, czy skarżącej można przypisać zarzut świadomego wprowadzenia w błąd organu rentowego co do kwestii podlegania ubezpieczeniom społecznym.

Sąd Rejonowy pominął okoliczności związane ze świadomością skarżącej, co do tego pobiera nienależne świadczenie. Nie wyjaśnił ich i nie weryfikował innymi dowodami, wskazując, iż zebrany materiał dowodowy jest wystarczający do rozpoznania sprawy. W tym zakresie zarzut naruszenia art. 227 kc w zw. z art. 32 kpc w zw. 6 kc § 1 k.p.c. jest zasadny. Ponadto o ile uprawnieniem Sądu, wynikającym z art. 233 § 1 k.p.c. jest swobodna ocena dowodów zgodnie z własnym przekonaniem i na ich podstawie ustalenie stanu faktycznego sprawy, to jednak ocena ta i ustalenia nie mogą być dowolne.

W sprawie w kontekście art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej zabrakło ustaleń czy odwołująca się z jakiś powodów mogła pozostawać w uzasadnionym przekonaniu, że podlega obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym jako osoba prowadząca działalność gospodarczą. Tu znaczenie mają okoliczności ustalone w sprawie VIII U 260/16 (jako część materiału dowodowego), z których wynika wiążący w sprawie wniosek, że nie istniał tytuł do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych (chodzi o to, czy ubezpieczona nie wykonywała w ogóle żadnych czynności bądź też jakieś wykonywała, lecz nie spełniały one kryteriów działalności gospodarczej). Chodzi tu o wyjaśnienie intencji skarżącej, a mianowicie, czy zgłosiła się do ubezpieczeń w wyniku niezawinionego błędu czy też z ukierunkowanym zamiarem wprowadzenia organu rentowego w błąd, o czym mogłaby na przykład świadczyć nieadekwatna z punktu widzenia racjonalnego przedsiębiorcy zadeklarowana wysokość podstawy wymiaru składki. Dopiero wtedy możliwym będzie wyjaśnienie, czy skarżąca faktycznie świadomie stworzyła jedynie pozór działalności gospodarczej w celu osiągnięcia nieuzasadnionych korzyści z systemu ubezpieczeń społecznych kosztem pozostałych ubezpieczonych i rozstrzygnięcie czy wobec świadomego przemilczenia braku tytułu do ubezpieczeń świadomie wprowadziła w błąd organ rentowy. W konsekwencji dopiero wtedy Sąd I instancji będzie miał możliwość orzeczenia co do istoty sprawy, rozstrzygnięcia co do obowiązku zwrotu świadczeń nienależnych.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, potrzeba prowadzenia w całości postępowania dowodowego występuje nie tylko w sytuacji, gdy Sąd w ogóle nie prowadzi takiego postępowania ale także wówczas, gdy postępowanie dowodowe zawiera wady niepozwalające na dokonanie jakichkolwiek ustaleń istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 września 2008 roku, I CSK 51/08).

Taki stan rzeczy, zdaniem sądu odwoławczego, zachodzi w sprawie niniejszej. W niniejszej sprawie zabrakło bowiem ustaleń dotyczących ewentualnego działania ubezpieczonej w złej wierze co jest kluczowe dla rozstrzygnięcia. Jak już podnoszono z materiału dowodowego nie wynikają te okoliczności – brak w tym przedmiocie ustaleń.

Rzecz Sądu Rejonowego przy ponownym rozpoznaniu sprawy będzie uzyskanie od stron wyjaśnień co do kwestii spornych omówionych wyżej i w zależności od wyników przeprowadzonego postępowania dowodowego, z zachowaniem inicjatywy dowodowej stron, Sąd szczegółowo ustali istotne dla sprawy okoliczności, w tym faktycznie wykonywane czynności w spornym okresie z uwzględnieniem faktu zwolnień lekarskich wnioskodawczyni i ich wpływu na brak przychodów celem wyjaśnienia intencji skarżącej, a mianowicie, czy zgłosiła się do ubezpieczeń w wyniku niezawinionego błędu czy też z ukierunkowanym zamiarem uzyskania nieuprawnionych korzyści z systemu ubezpieczeń. Następnie, po ocenie całokształtu zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, wyda stosowne rozstrzygnięcie w sprawie.

W ocenie Sądu drugiej instancji ustalenia te mogą być dokonane wyłącznie po ponownym przeprowadzeniu w całości postępowania dowodowego. Dopuszczenie przez Sąd Okręgowy dowodu z zeznań świadków oraz dowodów z dokumentów, mogących przyczynić się do ustalenia tych okoliczności (o które strona powodowa już przy ponownym rozpoznaniu sprawy przez Sąd Okręgowy wnosiła) powodowałoby, że w istocie materiał dowodowy sprawy kluczowy dla rozstrzygnięcia zostałby oceniony wyłącznie przez sąd odwoławczy. To pozbawiałoby strony postępowania prawa do rozpoznania i rozstrzygnięcia sprawy przez dwie instancje merytoryczne.

W związku z powyższym, na mocy art. 386 § 4 k.p.c. Sąd Okręgowy, uchylił zaskarżony wyrok i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania Sądowi Rejonowemu, pozostawiając jednocześnie temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach instancji odwoławczej (art. 108 § 2 k.p.c.).