

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 16 listopada 2023 roku Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi, X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w sprawie sygn. akt X U 973/21 po rozpoznaniu w dniu 24 października 2023 roku w Łodzi na rozprawie sprawy N. W. przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddziałowi w Ł. o zasiłek chorobowy, zasiłek macierzyński, zasiłek opiekuńczy, zobowiązanie do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego, zasiłku macierzyńskiego, zasiłku opiekuńczego na skutek odwołania N. W. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddziału w Ł. z dnia 25 października 2021 roku, numer sprawy (...), (...) w pkt 1 zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że zwolnił N. W. z obowiązku zwrotu: zasiłku macierzyńskiego z funduszu chorobowego za okresy wskazane w punkcie 4 zaskarżonej decyzji (ppkt a), zasiłku chorobowego z funduszu chorobowego za okresy wskazane w punkcie 5 zaskarżonej decyzji (ppkt b), zasiłku opiekuńczego z funduszu chorobowego za okresy wskazane w punkcie 6 zaskarżonej decyzji (ppkt c) w łącznej kwocie 258 423,42 zł, na którą składają się: należność główna w kwocie 203 524,10 zł z funduszu chorobowego oraz odsetki w kwocie 54 899,32 zł z funduszu chorobowego; w pkt 2 oddalił odwołanie w pozostałym zakresie; w pkt 3 zniósł pomiędzy stronami koszty zastępstwa procesowego.

Powyższe orzeczenie zapadło w oparciu o następujące ustalenia faktyczne.

N. W. prowadzi działalność gospodarczą pod firmą (...) od 1 sierpnia 2013 roku. Stałe miejsce wykonywania działalności gospodarczej zostało określone jako ul. (...) w Z.. Początkowo przedmiotem działalności gospodarczej wnioskodawczyni było sprzedaż hurtowa i detaliczna samochodów. Z uwagi na dużą konkurencję i brak powodzenia, po 3 miesiącach profil działalności został zmieniony na rzecz usług związanych ze sprzątnięciem. W celu wykonywania obowiązków związanych z prowadzeniem działalności wnioskodawczyni wyjeżdżała do (...) na tydzień/dwa tygodnie. W tym czasie dzieci wnioskodawczyni pozostawały pod opieką jej rodziców w Polsce. Wyjazdy trwały do 2019/2020 roku. W (...) wnioskodawczyni zajmowała się sprzątnięciem pomieszczeń pracowniczych oraz dbaniem o powierzchnie płaskie. Wszelkie czynności, które mogły zostać wykonane w Polsce wnioskodawczyni wykonywała w Polsce. Należały do nich m.in. pranie odzieży roboczej, rękawiczek, pościeli.

Wnioskodawczyni wykonywanie czynności sprzątających i prac pobocznych obok tych usług traktowała jako jedną usługę sprzątającą w ramach prowadzonej działalności. N. W. zawarła z (...) Biurem (...), reprezentowanym przez E. J. umowę o świadczenie usług księgowych w związku z prowadzoną przez siebie działalnością. Na każdym etapie współpracy były składane wszystkie możliwe deklaracje do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Wnioskodawczyni dostarczała dokumenty księgowej osobiście. Wnioskodawczyni w okresie od 1 sierpnia 2013 roku do 31 lipca 2015 roku opłacała składki na zasadach preferencyjnych od podstawy 30% minimalnego wynagrodzenia za pracę za dany rok, bez składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Od 1 sierpnia 2015 roku zgłosiła się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego wskazując jako podstawę wymiaru składek kwotę 8500 zł, z czego zrezygnowała od 1 września 2019 roku zmieniając wówczas podstawę wymiaru składek na kwotę 2859 zł. Wnioskodawczyni nie zalegała z opłatą składek. Podatki w związku z przychodem uzyskanym z prowadzonej działalności wnioskodawczyni płaciła w Polsce. Faktury były wystawiane przez wnioskodawczynię w Polsce i kierowane do firm holenderskich i te dokumenty wnioskodawczyni przedstawiła do wydziału holenderskiego. Księgowa zajmowała się fakturami wnioskodawczyni. Wszystkie były zgodne z prawem, mimo że były rozliczane w obcych walutach i rejestrowane w (...). Zakład Ubezpieczeń Społecznych nigdy nie kwestionował składanych zwolnień lekarskich. Decyzje w przedmiocie zasiłków były pozytywne. Zwolnienia lekarskie były wystawiane przez lekarza w Polsce. Wnioskodawczyni sądziła, że składki były dobrze opłacane, nie było to nigdy kwestionowane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Nie знаła międzynarodowego prawa dotyczącego ubezpieczeń społecznych. Księgowa nie informowała wnioskodawczyni, że powinna odprowadzać podatek w (...). Mąż wnioskodawczyni mieszka w (...) i tam też rozlicza wszelkie podatki. Podczas wyjazdów do (...) wnioskodawczyni nie spotkała się z pojęciem certyfikatu/zaświadczenia A1. Pismem z 20 grudnia 2018 roku skierowanym do S. V. w (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w Ł. w sprawie zawiadomienia o wykonywaniu pracy w dwóch lub więcej państwach członkowskich zawiadomił, że ustalił, iż do N.

W. w okresie od 1 sierpnia 2013 roku do 30 czerwca 2018 roku zastosowanie znajduje ustawodawstwo holenderskie. Pismem z 20 grudnia 2018 roku skierowanym do N. W. Zakład Ubezpieczeń Społecznych zawiadomił, że ustalił, iż do wnioskodawczyni w okresie od 1 sierpnia 2013 roku do 30 czerwca 2018 roku zastosowanie znajduje ustawodawstwo holenderskie. Poinformował, że w terminie 7 dni należy złożyć dokument wyrejestrowujący z polskiego systemu ubezpieczeń społecznych oraz prawidłowe dokumenty rozliczeniowe za wskazany okres. Pismem z 6 maja 2019 roku S. V. poinformował N. W. o odrzuceniu prośby o wydanie certyfikatu A1. Wskazał, że polska instytucja ZUS w Ł. poinformowała organ, że w okresie od 1 sierpnia 2013 roku do 30 czerwca 2018 roku wnioskodawczyni podlegała ustawodawstwu holenderskiemu, ponieważ w tym czasie pracowała nie w Polsce tylko w (...). Organ holenderski podkreślił, że udzielone przez wnioskodawczynię informacje oraz inne dostępne informacje świadczą o tym, że nie może być ona traktowana jako rezydent (...), gdyż jej główne interesy są związane z Polską. Do czasu wydania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych decyzji stwierdzającej, że odwołująca się nie podlega ubezpieczeniom społecznym w Polsce, wnioskodawczyni była przekonana, że podlega ubezpieczeniom społecznym w Polsce. Zakład Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w Ł. w dniu 9 maja 2019 roku wydał decyzję nr (...), w której stwierdził, że N. W. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą nie mająca ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy nie podlega obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym: emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu i dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresach od 1 sierpnia 2013 roku do 31 lipca 2015 roku, dla którego podstawę wymiaru składek stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia oraz od 1 sierpnia 2015 roku do 30 czerwca 2018 roku, dla którego podstawę wymiaru składek stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia. Odwołanie od powyższej decyzji złożyła N. W., reprezentowana przez adwokata. Wyrokiem z dnia 21 listopada 2019 roku, wydanym w sprawie o sygn. akt VIII U 3087/19, Sąd Okręgowy w Łodzi oddalił odwołanie. Wyrokiem z dnia 30 września 2020 roku, wydanym w sprawie o sygn. akt III AUa 327/20, Sąd Apelacyjny w Łodzi oddalił apelację N. W. od powyższego wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi. Wyrokiem z dnia 29 listopada 2022 roku, wydanym w sprawie o sygn. akt (...) USKP 32/22, Sąd Najwyższy oddalił skargę kasacyjną N. W. od powyższego wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi.

W oparciu o powyższe ustalenia Sąd (...) instancji uznał, że odwołanie zasługiwało na uwzględnienie w części zobowiązującej do zwrotu wypłaconych świadczeń. Natomiast w pozostałym zakresie – odmawiającym prawa do zasiłku macierzyńskiego, chorobowego i opiekuńczego za wskazane w decyzji okresy – odwołanie jak wskazał sąd (...) instancji podlegało oddaleniu jako bezzasadne. Sąd wskazał na przepisy ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia chorobowego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2022 r., poz. 1732; dalej: ustawy zasiłkowej) warunkujące prawo do świadczeń pieniężnych na warunkach i w wysokości określonych ustawą objęciem danej osoby ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa (art. 1 ust. 1). W przedmiotowej sprawie Sąd Rejonowy wskazał, że wnioskodawczyni z dniem 1 sierpnia 2013 roku rozpoczęła prowadzenie działalności gospodarczej i zgłosiła się do ubezpieczeń społecznych za wyjątkiem dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Od 1 sierpnia 2015 roku zgłosiła się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Odwołująca się korzystała z zasiłku macierzyńskiego, chorobowego i opiekuńczego w okresach mieszczących się w przedziale od 29 października 2015 roku do 31 stycznia 2019 roku. Organ rentowy, po przeprowadzeniu postępowania kontrolnego ustalił, iż w okresie od 1 sierpnia 2013 roku do 30 czerwca 2018 roku wnioskodawczyni prowadziła działalność gospodarczą na terenie (...) a nie Polski i tym samym nie podlegała ustawodawstwu polskiemu w tym okresie. Wobec powyższego, Zakład Ubezpieczeń Społecznych decyzją z 9 maja 2019 roku ustalił, iż N. W. nie podlegała w okresie od 1 sierpnia 2013 do 30 czerwca 2018 roku ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. Po przeprowadzeniu postępowania zainicjowanego odwołaniem N. W. od decyzji dotyczącej podlegania ubezpieczeniom społecznym Sąd Okręgowy w Łodzi wyrokiem z dnia 21 listopada 2019 roku oddalił odwołanie. Apelacja N. W. od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi została oddalona wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 30 września 2020 roku. Skarga kasacyjna N. W. od wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi została oddalona wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 29 listopada 2022 roku, tym samym decyzja organu rentowego stwierdzająca niepodleganie wnioskodawczyni ubezpieczeniom społecznym stała się ostateczna. Skoro pozytywne przesłanki do uzyskania zasiłku chorobowego, macierzyńskiego i opiekuńczego powstały u wnioskodawczyni w okresie, kiedy nie podlegała ona ubezpieczeniom społecznym, a czego wymagają przepisy art. 6 ust. 1, art. 29 ust. 1 pkt 1 oraz art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej, to zdaniem sądu (...) Instancji ubezpieczona nie nabyła również prawa

do zasiłku macierzyńskiego, chorobowego i opiekuńczego na podstawie przytoczonych wcześniej przepisów ustawy zasiłkowej. W konsekwencji sąd (...) instancji odwołanie – w części, w jakiej zaskarżona decyzja odmawiała N. W. prawa do zasiłku chorobowego, zasiłku macierzyńskiego i zasiłku opiekuńczego – oddalił jako niezasadne.

Jako jedną z podstaw zobowiązania do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń organ rentowy wskazał art. 84 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2021 r., poz. 423 ze zm.; dalej: ustawy systemowej). 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.

Warunkiem zwrotu świadczeń nieprawidłowo wypłaconych jest ustalenie obok braku prawa do świadczenia, winy ubezpieczonego, czyli 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 ubezpieczonego, które ma postać zamiaru bezpośredniego lub ewentualnego. W rozumieniu art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej błąd stanowi więc następstwo świadomego działania ubezpieczonego, 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 przemilczenie albo pozorność.

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

W dalszej części powołany przepis wskazuje, iż przepisów ust. 2-4 i 8 nie stosuje się, jeżeli przepisy szczególne określające zasady przyznawania i wypłacania świadczeń stanowią inaczej (ust. 5). przypadku wypłaty zasiłku chorobowego przepisy szczegółowo regulujące tę kwestię znajdują się w ustawie z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Art. 66 ust. 1 i 2 ustawy zasiłkowej przewiduje, iż wypłatę świadczenia wstrzymuje się, jeżeli prawo do niego ustało albo okaże się, że prawo takie w ogóle nie istniało (ust. 1). Jeżeli świadczenie zostało pobrane nienależnie z winy ubezpieczonego lub wskutek okoliczności, o których mowa w art. 15-17 i art. 59 ust. 6 i 7, wypłacone kwoty podlegają potrąceniu z należnych ubezpieczonemu zasiłków bieżących oraz z innych świadczeń z ubezpieczeń społecznych lub ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (ust. 2). Powołany przepis stanowi *lex specialis* w odniesieniu do przepisów ustawy systemowej, ma on zatem pierwszeństwo w stosowaniu, zgodnie z zasadami derogacyjnymi. Zatem przesłankami uznania pobranego zasiłku chorobowego za świadczenie pobrane nienależnie są wina ubezpieczonego lub okoliczności, o których mowa w art. 15 – 17 i art. 59 ust. 6 i 7 ustawy zasiłkowej. Ze świadczeniem nienależnym mamy do czynienia w sytuacji, gdy do jego wypłaty doszło mimo że prawo do niego ustało albo w ogóle nie istniało (art. 66 ust. 1) oraz gdy zachodzą okoliczności powodujące utratę prawa.

Na gruncie rozpoznawanej sprawy w ocenie Sądu Rejonowego nie ma zastosowania przepis art. 84 ust 2 pkt 1 ustawy systemowej, który zakłada, że dana osoba w dniu wydania decyzji spełniała warunki do pobierania świadczenia, ale później uprawnienia te utraciła. Tymczasem prawo wnioskodawczyni do zasiłku chorobowego, macierzyńskiego i opiekuńczego za okresy objęte decyzją organu rentowego nie istniało „od początku”. Potwierdza to prawomocna decyzja z dnia 9 maja 2019 roku stwierdzająca, iż w okresie od 1 sierpnia 2013 roku do 30 czerwca 2018 roku wnioskodawczyni nie podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym, chorobowemu i wypadkowemu. Odwołująca się nie została także pouczone o braku prawa do pobierania powyższych świadczeń (okoliczność bezsporna, przyznana przez organ rentowy), które to pouczenie stanowi warunek *sine qua non* obowiązku

zwrotu nienależnych kwot. W konsekwencji przesłanki uregulowane w punkcie 1 powołanego przepisu nie znajdują zastosowania na gruncie niniejszej sprawy. Wobec braku pouczenia wymaganego w przepisie art. 84 ust. 2 pkt 1 ustawy systemowej, świadomość nienależności świadczenia odwołującej się mogłaby zatem wynikać wyłącznie z zawinionego działania N. W., co zdaniem Sądu Rejonowego nie miało jednak w niniejszej sprawie miejsca.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie sprostął nałożonemu na niego ciężarowi dowodu i nie zdołał wykazać, że odwołująca się w okresie spornym przyjęła świadczenie w złej wierze, mając świadomość jego nienależności. W przypadku N. W. okolicznością bezsporną jest, że w okresie spornym nie podlegała polskiemu systemowi ubezpieczeń społecznych. Ta okoliczność nie wynikała jednak z faktu, że odwołująca się nie wykonywała prowadzonej działalności gospodarczej czy ją pozorowała na potrzeby uzyskania świadczeń. N. W. faktycznie bowiem działalność gospodarczą wykonywała, jednak zostało ustalone, że centrum zainteresowania jej działalności znajdowało się na terenie (...). Tym niemniej nie można uznać, że wnioskodawczyni wprowadziła organ rentowy w błąd wyjaśniając w toku korespondencji przeprowadzonej w czasie postępowania wyjaśniającego, że prowadzi działalność zarówno na terenie Polski jak i (...). Wnioskodawczyni faktycznie część czynności związanych z prowadzoną działalnością (jak pranie odzieży, rękawików i pościeli) wykonywała w miejscu zamieszkania na terenie Polski. Okoliczność, że te czynności nie miały kluczowego znaczenia dla oceny podlegania polskim ubezpieczeniom społecznym nie oznacza, że wnioskodawczyni ich nie wykonywała, co potwierdził nawet Sąd Najwyższy wskazując, że wnioskodawczyni wykonywała pewne czynności także w Polsce, jednak miały one charakter okazjonalny. Należy bowiem rozróżnić faktyczne czynności wykonywane przez daną osobę w związku z prowadzoną działalnością od ich oceny prawnej w związku z ustaleniem „centrum prowadzonej działalności gospodarczej”. W konsekwencji wyjaśnienia odwołującej się kierowane do organu rentowego, że wykonywała działalność na terenie obu państw, nie stanowią próby wprowadzenia organu rentowego w błąd, bo tak wykonywanie działalności gospodarczej było postrzegane przez odwołującą się, a to jej świadomość z okresu pobierania świadczeń jest kluczowa dla oceny zasadności obowiązku zwrotu świadczeń. Przeprowadzone postępowanie dowodowe (inicjowane w zasadzie niemal w całości wnioskami strony odwołującej się, a nie organu rentowego, którego obciążał ciężar dowodu w sprawie) w ocenie sądu (...) instancji dowiodło, że w spornym okresie odwołująca się była przekonana, że podlega polskim ubezpieczeniom społecznym. Sąd Rejonowy dalej wskazał, że rację ma organ rentowy, że ostateczne ustalenia oraz prawomocny wyrok wydany w tym zakresie wskazują, że N. W. błędnie zgłosiła się do polskich ubezpieczeń społecznych. Jednak na moment zgłaszania, odwołująca się była przekonana o prawidłowości takiego zgłoszenia. Podnieść należy, że odwołująca się zgłosiła się do ubezpieczeń społecznych wraz z rozpoczęciem działalności gospodarczej, która początkowo obejmowała inny niż docelowy profil. Pierwotna sprzedaż hurtowa i detaliczna samochodów miała być prowadzona na terenie Polski. Nie sposób zatem uznać, że już na tamtym etapie działania odwołującej się cechowała zła wola wprowadzenia organu rentowego w błąd.

Wbrew oczekiwaniom organu rentowego, Sąd Rejonowy wskazał, że nie można przyjmować także a priori, że skoro tytuł do ubezpieczeń społecznych w Polsce nie istniał, co stwierdzone zostało prawomocnym wyrokiem, to odwołująca się musiała mieć tego świadomość. O chęci wyłudzenia świadczeń z ubezpieczeń społecznych zdaniem Sądu Rejonowego nie świadczył również fakt zgłoszenia się przez N. W. do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 1 sierpnia 2015 roku ze wskazaniem wysokiej podstawy wymiaru składek.

Sąd (...) instancji podkreślił, że sytuacja prawna, w jakiej znalazła się wnioskodawczyni, nie jest oczywista i za taką nie może być uznawana. Znamienną jest bowiem okoliczność, że sam Zakład Ubezpieczeń Społecznych przez cały sporny okres nie kwestionował zgłoszenia wnioskodawczyni do polskiego systemu ubezpieczeń społecznych, akceptował uiszczane przez wnioskodawczynię składki i wypłacał wiele lat stosowne świadczenia. Ta sytuacja trwała na tyle długo, że prawo do zwrotu części wypłaconych świadczeń uległo przedawnieniu. Nawet w momencie wszczęcia postępowania wyjaśniającego, to nie wątpliwości dotyczące podlegania ustawodawstwu polskiemu były przedmiotem zainteresowania ZUS, a te kwestie pojawiły się dopiero w jego toku. Sąd Rejonowy nie zgodził się z argumentacją organu rentowego, że odwołująca się powinna wiedzieć pod jakie ubezpieczenia społeczne podlega (w Polsce czy w (...)) skoro organy rentowe obu krajów zakwestionowały jej podleganie ubezpieczeniom społecznym. Bezspornym jest, że polski organ rentowy, a także polski sąd ubezpieczeń społecznych nie są uprawnione do weryfikacji prawidłowości odmowy wydania poświadczenia na formularzu A1 przez instytucję ubezpieczeniową innego państwa członkowskiego.

Jednak warto zaakcentować, że holenderski organ rentowy inaczej zinterpretował sytuację wnioskodawczyni i to nie tylko na podstawie wyjaśnień samej wnioskodawczyni, ale także wyjaśnień skierowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w Ł. (zarówno przed odmową wydania zaświadczenia A1, jak i po tej odmowie). Powyższe tylko obrazuje, że ta konkretna sprawa nie jest oczywista, a zatem teza, że N. W. celowo działała i wykazała się złą wolą zgłaszając się do polskiego systemu ubezpieczeń społecznych jest wątpliwa.

Konkludując w ocenie Sądu Rejonowego w przedmiotowej sprawie nie zaszyły okoliczności dające organowi rentowemu podstawę do uznania, iż pobrany przez odwołującą się zasiłek chorobowy, zasiłek macierzyński i zasiłek opiekuńczy – w okresach wskazanych w spornej decyzji – były świadczeniami nienależnymi. Wnioskodawczyni w czasie pobierania świadczeń z ubezpieczenia chorobowego nie była pouczona o braku prawa do ich pobierania (art. 84 ust. 2 pkt. 1 ustawy systemowej), ale nie ma także podstaw do przyjęcia, że wypłata świadczeń nastąpiła na podstawie nieprawdziwych zeznań, fałszywych dokumentów bądź w efekcie świadomego wprowadzenia organu rentowego w błąd przez ubezpieczoną (art. 84 ust. 2 pkt. 2 ustawy systemowej). Organ rentowy poza ograniczeniem się do przywołania w treści skarżonej decyzji z dnia 25 października 2021 roku przepisu art. 84 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych nie przywołał żadnych okoliczności świadczących o tym, że faktycznie doszło do spełnienia przesłanek określonych w tym przepisie. Powyższego nie dokonał również w toku niniejszego postępowanie, choć to jego obciążał ciężar dowodu w tym zakresie.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Rejonowy na podstawie art. 477¹⁴ § 2 zmienił zaskarżoną decyzję orzekając, że wnioskodawczyni nie ma obowiązku zwrotu określonych w zaskarżonej decyzji świadczeń i naliczonych od nich odsetek. W pozostałym zakresie, w jakim decyzja dotyczyła prawa do zasiłków: chorobowego, macierzyńskiego i opiekuńczego, Sąd Rejonowy odwołanie jako niezasadne oddalił na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c.

O kosztach postępowania Sąd Rejonowy orzekł na podstawie art. 100 k.p.c. Wobec częściowego przegrania sprawy przez odwołującą się, Sąd Rejonowy zniósł wzajemnie pomiędzy stronami koszty zastępstwa procesowego. Na koszty procesu poniesione przez organ rentowy jak wskazał sąd (...) instancji złożyły się wydatki związane z ustanowieniem pełnomocników procesowych w osobie adwokata i radcy prawnego. Stawki minimalne opłat za czynności radców prawnych określa rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych (tj. Dz.U. z 2018 r., poz. 265 ze zm.), zaś za czynności adwokackie odpowiednio rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie (tj. Dz.U. z 2015 r., poz. 1800 ze zm.). Stosownie do § 9 ust. 2 każdego z tych aktów prawnych stawki minimalne wynoszą 180 zł w sprawach o świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego i zaopatrzenia emerytalnego oraz w sprawach dotyczących podlegania ubezpieczeniom społecznym. Brak było podstaw do zasądzenia kosztów zastępstwa procesowego według stawek wynikających z powyższych rozporządzeń a uzależnionych od wartości przedmiotu sporu.

Apelację od w/w wyroku w części w zakresie pkt 1 wniósł organ rentowy reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika.

Zaskarżonemu wyrokowi zarzucono naruszenie:

1) przepisów postępowania tj. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez - brak wszechstronnego rozważenia zebranego materiału dowodowego, wyciągnięcie z zebranego materiału wniosków niezgodnych z zasadami logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego, dokonanie ustaleń sprzecznych z zebranych w sprawie materiałem dowodowym, w szczególności poprzez:

- wadliwą ocenę zeznań odwołującej się i uznanie, że N. W.:

a) uzyskała świadczenia bez świadomości ich nienależności bowiem jej działania nie były świadomym wprowadzeniem w błąd organu rentowego podczas gdy pozostaje to w sprzeczności nie tylko z zasadami logiki i doświadczenia życiowego ale i przepisami obowiązującego prawa, bowiem za prawidłowe zgłoszenie do ubezpieczenia i opłacanie

składek odpowiedzialny jest Płatnik, wobec czego N. W. należy przypisać winę w zakresie błędnych działań polegających na:

- zarejestrowaniu w (...) działalności gospodarczej pomimo jej nie prowadzenia w Polsce,
- zgłoszenia się do ubezpieczeń społecznych pomimo braku do tego podstaw,
- wprowadzanie w błąd organu rentowego i holenderskiej instytucji ubezpieczeniowej co do faktu prowadzenia działalności na terenie Polski,

co świadczy o tym, że na wypłatę nienależnych świadczeń miała wpływ wina świadczeniobiorcy,

b) w spornym okresie była przekonana, że podlega polskim ubezpieczeniom społecznym, bowiem „wykonywała pewną część czynności związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą, w Polsce miała stałe miejsce zamieszkania, uiszczała wszelkie podatki, studiowała, prowadziła ciężę, leczyła się i wreszcie to w Polsce mieszkają jej dzieci” podczas gdy N. W. miała pełną świadomość tego, że nie świadczy żadnych usług na terenie Polski, zaś miejsce zamieszkiwania, studiowania, leczenia się czy też wychowywania dzieci nie są w żaden sposób związane z prowadzeniem działalności gospodarczej i nie mogą u kogokolwiek budzić przekonania, że mają jakikolwiek wpływ na działalność gospodarczą i związane z nią prawa i obowiązki,

• wybiórczą ocenę deklaracji Płatnika składanych w okresie ubezpieczenia prowadząca Sąd do wniosku, iż nie świadczy o chęci wyłudzeń fakt korzystania początkowo przez N. W. z preferencyjnych składek, zaś w okresie pewnych świadczeń związanych z macierzyństwem zadeklarowanie maksymalnej podstawy wymiaru składek i obniżenie jej do minimalnej wysokości po wieloletnim korzystaniu ze świadczeń od wysokiej postawy, podczas gdy Sąd Rejonowy zupełnie pominął fakt, iż organ rentowy wskazywał na powyższe okoliczności w kontekście dużej wiedzy Pani N. W. w zakresie przepisów ubezpieczeniowych,

2) przepisów prawa materialnego, tj.: art. 66 ust. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz 84 ust. 1 i 2 pkt. 2) ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez błędną ich wykładnię polegającą na uznaniu, że zasiłek chorobowy, zasiłek macierzyński i zasiłek opiekuńczy wypłacone wnioskodawczyni z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego nie były świadczeniami nienależnymi podlegającymi zwrotowi.

W związku z powołanymi zarzutami organ rentowy wniósł o zmianę zaskarżonego pkt. 1 wyroku poprzez oddalenie odwołania w zakresie pkt 4., pkt 5 i pkt 6 zaskarżonej decyzji, zasądzenie od ubezpieczonej na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddziału w Ł. kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W odpowiedzi na apelację N. W. reprezentowana przez profesjonalnego pełnomocnika wniosła o jej oddalenie w całości i zasądzenie od ZUS na jej rzecz kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Okręgowy zważył co następuje

Apelacja nie jest zasadna i podlega oddaleniu.

Sąd Okręgowy w pełni podziela ustalenia faktyczne oraz rozważania prawne Sądu (...) instancji i przyjmuje je za własne.

Zgodnie z treścią art.233 § 1 k.p.c. 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. Uważa się także, iż granice swobodnej oceny dowodów warunkuje czynnik ideologiczny, tj. poziom świadomości prawnej sędziego oraz obowiązujące w

danym momencie poglądy na sądowe stosowanie prawa. (por. T. Ereciński. Jacek Gudowski. Maria Jędrzejewska - "Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz", Część (...), Wyd. LexisNexis).

Skuteczne postawienie zarzutu naruszenia przez sąd art. 233 § 1 k.p.c. wymaga zatem wykazania, iż sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego.

Sąd Okręgowy - po samodzielnym zapoznaniu się i analizie całości materiału dowodowego zgromadzonego w przedmiotowej sprawie oraz po analizie pisemnych motywów skarżonego rozstrzygnięcia Sądu Rejonowego doszedł do jednoznacznego wniosku, że zarzuty ZUS-u sprowadzają się w zasadzie jedynie do polemiki z niewadliwym stanowiskiem Sądu (...) instancji i interpretacją przezeń dokonaną i jako takie, nie mogą się ostać.

W analizowanej sprawie niewątpliwie wiadomo, że prawomocnym wyrokiem Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 21 listopada 2019 roku (sygn. akt VIII U 3087/19) zostało oddalone odwołanie ubezpieczonej od decyzji organu rentowego z dnia 9 maja 2019 roku stwierdzającej niepodleganie przez nią obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym: emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu i dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresach: od 1 sierpnia 2013 r. do 31 lipca 2015 r., dla której podstawę wymiaru składek stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia; od 1 sierpnia 2015 r. do 30 czerwca 2018 r., dla której podstawę wymiaru składek stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia. Apelacja ubezpieczonej od wskazanego wyroku Sądu Okręgowego została oddalona przez Sąd Apelacyjny wyrokiem z dnia 30 września 2020 roku (sygn. akt AUa 327/20), a wyrokiem z dnia 29 listopada 2022 roku wydanym w sprawie o sygn. akt (...) USKP 32/22 Sąd Najwyższy oddalił skargę kasacyjną ubezpieczonej od powyższego wyroku Sądu Apelacyjnego.

Jednakże powyższa okoliczność (zapadły prawomocny wyrok) - zdaniem sądu Okręgowego - nie przesądzała automatycznie o tym, że wypłacone ubezpieczonej w spornym okresie świadczenia tj. zasiłek chorobowy, zasiłek macierzyński, zasiłek opiekuńczy uznać należało za nienależnie pobrane. Sąd II instancji nie zgadza się z zapatrywaniem ZUS, który próbował utożsamić fakt niepodlegania przez N. W. polskim ubezpieczeniom społecznym z obowiązkiem zwrotu wypłaconych jej świadczeń. W analizowanej sprawie należało bowiem rozważyć, czy zachodzą warunkujące taki zwrot przesłanki określone w ustawie systemowej, gdyż na tym koncentrował się przedmiot sporu, a nie zaś na kwestii podlegania przez ubezpieczoną ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności, która to kwestia stanowiła już przedmiot rozważań sądu - sygn. akt VIII U 3087/19.

Poglądy judykatury i doktryny dotyczących przesłanek uznania świadczenia za nienależnie pobrane w myśl art. 84 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (co wywołuje obowiązek ich zwrotu na podstawie ustawy systemowej) na tle aktualnie obowiązujących i wcześniejszych regulacji prawnych przedstawił już Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 30 stycznia 2019 r., (...) UK 416/17 (OSNP 2019 Nr 7, poz. 90). Wyjaśniono w nim, że problematykę nienależnie pobieranych świadczeń i ich zwrotu reguluje ogólnie - w odniesieniu do wszystkich świadczeń z ubezpieczeń społecznych - art. 84 ustawy systemowej, a szczegółowo - w stosunku do świadczeń przysługujących z konkretnych rodzajów ubezpieczenia społecznego - art. 138 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, a jeśli chodzi o zwrot nienależnie pobranego świadczenia z ubezpieczenia chorobowego - art. 66 ust. 2 ustawy zasiłkowej. Zgodnie z tym ostatnim przepisem, w przypadku pobrania nienależnego świadczenia 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 zasiłków bieżących lub innych świadczeń z ubezpieczeń społecznych.

W analizowanej sprawie ubezpieczona prowadząc działalność gospodarczą pod firmą (...), od dnia 1 sierpnia 2013 roku była zgłoszona do ubezpieczeń społecznych: emerytalnego, rentowego i wypadkowego z wyjątkiem dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Od dnia 1 sierpnia 2015 roku ubezpieczona zgłosiła się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

W tym miejscu należy przypomnieć, że 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., (...) UK 98/19, LEX nr 3067436). W tej sprawie obowiązek zwrotu spornych świadczeń obciążałaby ubezpieczoną tylko w przypadku przyjęcia ich w złej wierze, czyli gdyby miała ona świadomość ich nienależności. Miałoby to miejsce, gdyby została pouczona o okolicznościach dotyczących braku prawa do pobierania świadczenia (art. 84 ust. 2 pkt 1 ustawy systemowej), jak i uzyskała świadczenie na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd organu wypłacającego świadczenie (art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej). 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 działania osoby, która spowodowała wypłatę świadczeń (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 sierpnia 2018 r., II UK 211/17, LEX nr 2530685). Pogląd ten jest powszechnie podzielany w orzecznictwie. 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 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. Błąd ten 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., OSNP 2010 nr 11-12, poz. 148; z dnia 5 kwietnia 2001 r., II UKN 309/00, OSNP 2003 Nr 2, poz. 44; z 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., 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). W przypadku rozważania odpowiedzialności z art. 84 ust. 2 pkt 1 lub pkt 2 ustawy systemowej niezbędne jest wykazanie braku prawa do świadczenia i świadomości, że zasilek był nienależny. Obie przesłanki muszą wystąpić już w trakcie pobierania świadczenia, a nie po zaprzestaniu jego wypłaty. Innymi słowy, jeśli w trakcie pobierania świadczenia jest ono "należne", a okoliczności wyłączające prawo do niego, w konsekwencji również wiedza o tym świadczeniobiorcy, wystąpiły post factum, to nie ma podstaw do uznania, iż należności wypłacone podlegają zwrotowi na podstawie art. 84 ust. 1 ustawy systemowej (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 października 2018 r., (...) UK 248/17, niepublikowany).

Ocena świadomości pobierania nienależnego świadczenia wymaga pewnej indywidualizacji (zob. wyrok SN z 4.07.2023 r., I (...) 34/23, LEX nr 3578525). Obowiązek zwrotu świadczenia wypłaconego i pobranego bez podstawy prawnej obciąża więc tego, kto przyjął je "w złej wierze, wiedząc, że mu się nie należy" (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 listopada 2004 r., (...) UK 3/04).

Na gruncie analizowanej sprawy, co potwierdziły złożone zeznania ubezpieczonej, w chwili pobierania spornych świadczeń była ona przekonana, że podlega polskim ubezpieczeniom społecznym. W postępowaniu cywilnym, jakim niewątpliwie jest niniejsze postępowanie, zgodnie z art. 6 k.c. obowiązuje zasada kontrydiktoryjności co oznacza, że ciężar dowodu spoczywa na stronie, która dowodzi swoich racji. W niniejszej sprawie to organ rentowy wykazuje, że odwołująca w spornym okresie pobrała nienależnie świadczenie i winien w związku z tym wykazać, że po stronie odwołującej wystąpiły okoliczności, o których mowa w art. 84 ust. 2 ustawy systemowej, a które wskazywałyby na istnienie po jej stronie obowiązku zwrotu spornych świadczeń.

W ocenie Sądu Okręgowego, Sąd (...) instancji słusznie przyjął, że organ rentowy temu obowiązkowi nie sprostał i w tym zakresie Sąd Okręgowy w pełni podziela argumentację i rozważania Sądu Rejonowego, nie istnieje

zatem konieczność ponownego ich przytaczania. Sąd Okręgowy ocenił, że brak było podstaw do twierdzenia, aby ubezpieczona miała wolę ukierunkowaną na świadome pobieranie w/w świadczeń jako nienależnych. Słusznie ustalił Sąd Rejonowy, opierając się na wiarygodnych zeznaniach ubezpieczonej, że nie miała ona świadomości, iż wypłacone świadczenia jej się nie należą. Ubezpieczona zeznała, że swoją działalność gospodarczą prowadziła, zarówno na terenie Polski jak i (...). (...) tak też w rzeczywistości było. Ponadto na korzyść wnioskodawczyni przemawiają okoliczności takie jak: brak jednoznacznego stanowiska, zarówno organu rentowego jak i holenderskiej instytucji ubezpieczeniowej co do tego czy do ubezpieczonej w spornym okresie znajduje zastosowanie ustawodawstwo holenderskie czy polskie oraz prowadzenie centrum życiowego w Polsce. Na terenie (...) ubezpieczona przebywała jedynie czasowo w celu wykonania zleceń związanych z pracami sprzątającymi. Sprzęt wykorzystywany do sprzątania przechowywała w Z. przy ul. (...). W Polsce zaś znajduje się jej stałe miejsce zamieszkania, w Polsce też rozlicza się z podatków do urzędu skarbowego. Wreszcie na terenie Polski mieszkają jej dzieci, tu też leczyła się. W ocenie Sądu centrum zarządzania, planowania i organizacji życia ubezpieczonej znajduje się w Polsce, bowiem tutaj też do 2017 roku również studiowała. Niebagatelne znaczenie w tym kontekście ma stanowisko wyrażone przez S. V. w (...), która podkreślała wielokrotnie, że skoro nie zostały przedstawione dokumenty na dowód pracy wnioskodawczyni w (...), to nie sposób wywodzić, że w okresie od 1 sierpnia 2013 roku do 30 czerwca 2018 roku dotyczyło ją ustawodawstwo holenderskie, a także zeznania ubezpieczonej, która wspominając o działalności gospodarczej zarejestrowanej i prowadzonej stale przez jej męża na terenie (...) dostrzegła, że współpracuje on z osobami, które rozliczają się na terenie Polski, a pracę wykonują w całości za granicą. Tym samym zdając się na wiedzę osób - Polaków, prowadzących działalność gospodarczą za granicą, a zarejestrowaną w Polsce, sugerując się także ich doświadczeniem co do zasad prowadzenia takiej działalności, ubezpieczona zyskała kolejny argument przemawiający za tym, że podlega polskiemu ubezpieczeniu.

W orzecznictwie zakreśla się szeroko ramy zachowań kwalifikowanych jako świadome wprowadzenie w błąd organu rentowego lub odwoławczego. Zalicza się do nich bezpośrednie 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.

Zdaniem Sądu wnioskodawczyni ani nie wprowadziła organu rentowego w błąd, ani nie przemilczała faktów mających wpływ na prawo do spornych świadczeń, a w momencie zgłaszania się do ubezpieczeń społecznych wraz z rozpoczęciem działalności gospodarczej mogła mieć - co potwierdzają powyższe okoliczności, uzasadnione przekonanie o prawidłowości swego zgłoszenia i o tym, że podlega polskiemu ubezpieczeniu społecznemu, zwłaszcza, że holenderska instytucja ubezpieczeniowa, po przeprowadzeniu kontroli prawidłowości zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych z tytułu prowadzonej przez nią pozarolniczej działalności gospodarczej od 1 sierpnia 2013 roku ostatecznie nie zakwestionowała faktu podlegania przez ubezpieczoną ustawodawstwu polskiemu. Zdaniem S. V. N. W. nie mogła zostać potraktowana jako rezydent (...), gdyż jej główne interesy są związane z Polską.

W tak nakreślonej ramie sytuacyjnej, prawdziwym było stwierdzenie ubezpieczonej o tym, że prowadzona przez nią działalność gospodarcza wykonywana była zarówno na terenie (...), jak i w Polsce.

Zgodnie z utrwaloną linią orzecniczą, nie można mówić o nienależnie pobranym świadczeniu, gdyż o tym decydujące znaczenie ma świadomość i zamiar ubezpieczonego, który pobrał świadczenie w złej wierze. Wypłacenie świadczenia w sposób, na który nie miała wpływu wina świadczeniobiorcy, nie uzasadnia powstania po stronie osoby ubezpieczonej obowiązku zwrotu nienależnie pobranego świadczenia (por. wyrok SA w Szczecinie z 12.04. 2018 r., III AUa 369/17).

W tym miejscu wskazać należy, iż Sąd Okręgowy ma świadomość - co podkreślił organ rentowy w apelacji i co też było już analizowane przez sąd (...) instancji, że od skarżącej jako przedsiębiorcy - z uwagi na zawodowy charakter prowadzonej przez nią działalności wymagany jest zwiększony stopień staranności- powinna ona działać profesjonalnie. Niemniej jednak nie sposób wymagać od ubezpieczonej, że powinna wiedzieć, pod jakie ubezpieczenie społeczne w Polsce czy w (...) winna podlegać skoro nawet organy rentowe - polski i holenderski miały duże trudności w ustaleniu i wreszcie sprecyzowaniu z jakiego tytułu powinna dokonywać zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych.

Sąd Okręgowy analizując okoliczności sprawy nie uznał powyższego za okoliczność wystarczającą dla przypisania wnioskodawczyni winy- świadomości w zakresie nienależnego pobrania świadczeń podkreślając, iż w jej przypadku w umowie zawartej pomiędzy nią, a biurem księgowym, z którego usług korzystała brak jest zapisu o tym, że miało ono udzielać jej informacji, pouczać w którym kraju powinna się zgłosić do ubezpieczeń społecznych. Wymaganie od ubezpieczonej legitymującej się wyższym wykształceniem pedagogicznym i prowadzącej działalność z zakresu usług sprzątających skrupulatnej znajomości przepisów prawa ubezpieczeń społecznych, wcielanie ich w życie, już samo w sobie może nastęrczać licznych niejasności, a dodatkowo odnoszenie ich do niewątpliwie skomplikowanej sytuacji prawnej w jakiej znalazła się ubezpieczona powodowałoby już z samego gruntu skutki rażąco dla niej niesprawiedliwe i krzywdzące i w zasadzie wykluczałoby udział innych podmiotów profesjonalnych, którym to taki przedsiębiorca chciałby zlecić prowadzenie spraw z zakresu księgowości. Przyjęcie odmiennego rozumowania – zgodnego z argumentacją zaprezentowaną przez organ rentowy w apelacji prowadziłoby do zbyt dalekiego wniosku. Nie sposób a priori zakładać, tak jak wskazywał w apelacji ZUS, że „N. W. posiada wiedzę jak interpretować przepisy, bądź też do kogo udać się po ich interpretację”. Przerzucenie na ubezpieczoną jako przedsiębiorcy bezwzględnego ciężaru posiadania specjalistycznej wiedzy księgowej i prawnej mogłoby w konsekwencji doprowadzić do nieuprawnionego wniosku o akceptacji realizacji tego rodzaju oczekiwań jako w pełni rzeczywistych i osiągalnych bez wysiłku. Ubezpieczona z usług (...) korzysta od początku zarejestrowania swej działalności gospodarczej, a konkretnie usług (...), której to zleciła prowadzenie księgowości profesjonalnej. E. J. przechodziła pomyślnie liczne kontrole ZUS, odbyła szkolenia z zakresu konwencji międzynarodowych. Powyższe okoliczności niewątpliwie mogły w ubezpieczonej dodatkowo wzmacniać przekonanie co do prawidłowości prowadzenia księgowości. Ubezpieczona przekazywała księgowej wszelkie niezbędne dokumenty, która to na bieżąco kontaktowała się z ZUS w sprawach z zakresu uiszczania składek. Podkreślenia wymaga, że organ rentowy nie kwestionował zgłoszenia wnioskodawczyni do polskiego systemu ubezpieczeń społecznych, akceptował uiszczane przez wnioskodawczynię składki i wypłacał jej wiele lat sporne świadczenia.

Chybiony jest również zarzut ZUS, że o chęci wyłudzenia świadczeń z ubezpieczeń społecznych świadczy fakt zgłoszenia się przez N. W. do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 1 sierpnia 2015 roku ze wskazaniem wysokiej podstawy wymiaru składek. W toku swych zeznań ubezpieczona skrupulatnie wyjaśniła, dlaczego zdecydowała się i skąd wynikało zadeklarowanie przez nią maksymalnej podstawy wymiaru składki od tej daty, skoro w okresie od 1 sierpnia 2013 roku do 31 lipca 2015 roku wnioskodawczyni opłacała składki na zasadach preferencyjnych tzw. mały ZUS. Stawianie ubezpieczonej zarzutu działania ukierunkowanego ze świadomością niepodlegania polskim ubezpieczeniom, w sytuacji, kiedy była ona utwierdzana „na każdym kroku” przez holenderską instytucję ubezpieczeniową, że nie mają do niej zastosowania holenderskie przepisy w zakresie zabezpieczenia społecznego, nie mogło przynieść spodziewanego przez organ rentowy skutku procesowego. Analizując postępowanie ubezpieczonej nie można zarzucać jej bierności, skoro aktywnie współpracowała z organem rentowym, przedkładała na jego wezwania niezbędną dokumentację, która w dalszym toku służyła, miała wpływ na kształtowanie się kolejnych wydawanych przez ten organ decyzji.

W świetle powyższych rozważań zarzuty apelacji są chybione. Nie ujawniły się również z urzędu żadne takie okoliczności, które mogłyby wskazywać, że zaskarżony wyrok nie odpowiada prawu.

Wobec powyższego apelacja podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c. (pkt 1 wyroku).

O kosztach instancji odwoławczej (pkt 2 wyroku) orzeczono na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu). Stroną przegrywającą w niniejszej sprawie jest organ rentowy, dlatego – zgodnie z § 2 pkt 7 w zw. z § 10 ust 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U.2023.1964) – Sąd zasądził od ZUS na rzecz N. W. kwotę 5400 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego za drugą instancję.

Zgodnie zaś z art. 98 § 1¹ k.p.c. od kwoty zasądzonej tytułem zwrotu kosztów procesu należą się odsetki, w wysokości odsetek ustawowych za opóźnienie w spełnieniu świadczenia pieniężnego, za czas od dnia uprawomocnienia się orzeczenia, którym je zasądzono, do dnia zapłaty. Jeżeli orzeczenie to jest prawomocne z chwilą wydania, odsetki należą się za czas po upływie tygodnia od dnia jego ogłoszenia do dnia zapłaty, a jeżeli orzeczenie takie podlega doręczeniu z urzędu - za czas po upływie tygodnia od dnia jego doręczenia zobowiązanemu do dnia zapłaty. O obowiązku zapłaty odsetek sąd orzeka z urzędu.