



WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 8 lipca 2025 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Renata Żywicka (przewodniczący)

SSN Robert Stefanicki (sprawozdawca)

SSN Agnieszka Żywicka

w sprawie z odwołania K. M.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w Gdańsku

o zasiłek chorobowy, o zasiłek macierzyński,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń
Społecznych w dniu 8 lipca 2025 r.,

skargi kasacyjnej ubezpieczonej od wyroku Sądu Okręgowego w Gdańsku
z dnia 30 czerwca 2023 r., sygn. akt VII Ua 80/22,

I. oddala skargę kasacyjną;

**II. nie obciąża ubezpieczonej kosztami postępowania
kasacyjnego organu rentowego.**

Robert Stefanicki Renata Żywicka Agnieszka Żywicka)

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Gdańsku decyzją z dnia 4 czerwca 2019 r. odmówił K. M. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 26

listopada 2014 r. do 22 kwietnia 2015 r., od 21 kwietnia 2016 r. do 5 września 2016 r., od 20 października 2017 r. do 5 czerwca 2018 r. oraz zasiłku macierzyńskiego za okres od 23 kwietnia 2015 r. do 20 kwietnia 2016 r., od 6 września 2016 r. do 4 września 2017 r., od 6 czerwca 2018 r. do 4 czerwca 2019 r., a ponadto zobowiązała ją do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego za okres od 26 listopada 2014 r. do 22 kwietnia 2015 r., od 21 kwietnia 2016 r. do 5 września 2016 r., od 20 października 2017 r. do 5 czerwca 2018 r. i zasiłku macierzyńskiego z funduszu chorobowego za okres od 23 kwietnia 2015 r. do 20 kwietnia 2016 r., od 6 września 2016 r. do 4 września 2017 r. oraz od 6 czerwca 2018 r. do 31 maja 2019 r. w łącznej kwocie 373.18,55 zł wraz z odsetkami za okres od dnia następującego po dniu doręczenia decyzji do dnia zapłaty.

Uzasadniając decyzję, organ rentowy wskazał, że w dniu 11 lutego 2019 r. wydał decyzję stwierdzającą, że K. M. z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej nie podlegała obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym od 1 października 2014 r., wobec tego wypłacone jej zasiłki podlegają zwrotowi.

Odwołanie od wskazanej decyzji złożyła K. M., wnosząc o jej zmianę przez przyznanie prawa do zasiłku chorobowego i macierzyńskiego za sporne okresy oraz oddalenie żądania zapłaty należności głównej w wysokości 230.164,44 zł. Odwołująca wniosła również o zawieszenie postępowania w sprawie do czasu rozpoznania odwołania od decyzji z dnia 11 lutego 2019 r. Nadto wskazała, że organ rentowy nie pouczył ubezpieczonej o okolicznościach wyłączających prawo do świadczeń, a ubezpieczona nie wprowadziła w błąd organu rentowego, wobec czego pobrane przez ubezpieczoną zasiłki nie powinny być kwalifikowane jako nienależnie pobrane.

W odpowiedzi na odwołanie pozwany organ wniósł o jego oddalenie oraz o zasądzenie zwrotu kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Pozwany podtrzymał argumentację zawartą w zaskarżonej decyzji.

Postanowieniem z dnia 18 października 2019 r. Sąd zawiesił postępowanie w sprawie na podstawie art. 177 § 1 pkt 1 k.p.c. z uwagi toczące się pomiędzy stronami przed Sądem Okręgowym w Gdańsku postępowanie w sprawie VII U 3696/19 z odwołania od decyzji z dnia 11 lutego 2019 r.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Gdańsku decyzją z dnia 20 listopada 2019 r. zmienił decyzję z dnia 4 czerwca 2019 r. w ten sposób, że odmówił K. M. prawa do: zasiłku chorobowego za okres od 26 listopada 2014 r. do 22 kwietnia 2015 r., od 21 kwietnia 2016 r. do 5 września 2016 r., od 20 października 2017 r. do 5 czerwca 2018 r. oraz zasiłku macierzyńskiego za okres od 23 kwietnia 2015 r. do 20 kwietnia 2016 r., od 6 września 2016 r. do 4 czerwca 2017 r. oraz od 6 czerwca 2018 r. do 4 czerwca 2019 r. Nadto zobowiązał do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego za okres od 1 czerwca 2016 r. do 5 września 2016 r., od 20 października 2017 r. do 5 czerwca 2018 r., zasiłku macierzyńskiego z funduszu chorobowego za okres od 6 września 2016 r. do 4 września 2017 r. oraz od 6 czerwca 2018 r. do 31 maja 2019 r. w kwocie 243.836,62 zł wraz z odsetkami za okres od dnia następującego po dniu doręczenia decyzji do dnia zapłaty.

Uzasadniając decyzję, organ rentowy wskazał, że po ponownej analizie sprawy uznano, że świadczenie za okres zasiłku chorobowego od 26 listopada 2014 r. do 22 kwietnia 2015 r., od 21 kwietnia 2016 r. do 31 maja 2016 r. w kwocie 50.910,93 zł oraz zasiłku macierzyńskiego od 23 kwietnia 2015 r. do 20 kwietnia 2016 r. w kwocie 78.442,00 zł nie podlega dochodzeniu z powodu przedawnienia.

Odwołanie od wskazanej decyzji złożyła K. M., wnosząc o jej zmianę przez przyznanie prawa do zasiłku chorobowego i macierzyńskiego za sporne okresy oraz odstąpienie od żądania zapłaty należności głównej w wysokości 243.836,62 zł. W uzasadnieniu odwołująca powieliła argumentację wskazaną w odwołaniu od decyzji z dnia 4 czerwca 2019 r.

W odpowiedzi na odwołanie pozwany wniósł o jego oddalenie oraz o zasądzenie zwrotu kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Pozwany podtrzymał zaskarżoną decyzję i zawartą w niej argumentację.

Postanowieniem z dnia 29 sierpnia 2020 r. Sąd połączył przedmiotową sprawę do wspólnego rozpoznania i wyrokowania ze sprawą VI U 771/19.

Decyzją z dnia 22 grudnia 2019 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Gdańsku sprostowaną postanowieniem z 5 stycznia 2021 r. zmienił decyzję z dnia 22 listopada 2019 r. w ten sposób, że odmówił K. M. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 26 listopada 2014 r. do 22 kwietnia 2015 r., od 21 kwietnia 2016 r. do 5 września 2016 r., od 20 października 2017 r. do 5 czerwca 2018 r. oraz prawa do

zasiłku macierzyńskiego za okres od 23 kwietnia 2015 r. do 20 kwietnia 2016 r., od 6 września 2016 r. do 4 września 2017 r. oraz od 6 czerwca 2018 r. do 4 czerwca 2019 r. Nadto zobowiązał odwołującą do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego za okres od 1 czerwca 2016 r. do 5 września 2016 r., od 20 października 2017 r. do 5 czerwca 2018 r., zasiłku macierzyńskiego z funduszu chorobowego za okres od 6 września 2016 r. do 4 września 2017 r. oraz od 6 czerwca 2018 r. do 31 maja 2019 r. w kwocie 243.836,62 zł wraz z odsetkami za okres od dnia następującego po dniu doręczenia decyzji do dnia zapłaty. Uzasadniając decyzję organ rentowy wskazał, że po ponownej analizie sprawy uznano, że świadczenie za okres zasiłku chorobowego od 26 listopada 2014 r. do 22 kwietnia 2015 r., od 21 kwietnia 2016 r. do 31 maja 2016 r. w kwocie 50.910,93 zł oraz zasiłku macierzyńskiego od 23 kwietnia 2015 r. do 20 kwietnia 2016 r. w kwocie 78.442,00 zł nie podlega dochodzeniu z powodu przedawnienia.

Odwołanie od wskazanej decyzji złożyła K. M., wnosząc o jej zmianę przez przyznanie prawa do zasiłku chorobowego i macierzyńskiego za sporne okresy oraz odstąpienie od żądania zapłaty należności głównej w wysokości 243.836,62 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie. W uzasadnieniu odwołująca zakwestionowała możliwość zmiany decyzji na podstawie art. 154 k.p.a. oraz podtrzymała dotychczasową argumentację.

W odpowiedzi na odwołanie pozwany organ wniósł o jego oddalenie oraz o zasądzenie zwrotu kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Pozwany podtrzymał zaskarżoną decyzję i zawartą w niej argumentację.

Postanowieniem z dnia 12 lutego 2021 r. Sąd połączył sprawę VI U 58/21 z odwołania od decyzji z dnia 22 grudnia 2020 r. do wspólnego rozpoznania i wyrokowania ze sprawą o sygn. akt VI U 771/19.

Prawomocnym postanowieniem z dnia 12 grudnia 2019 r. Sąd Okręgowy w Gdańsku w sprawie VII U 3696/19 odrzucił odwołanie K. M. od decyzji z dnia 11 lutego 2019 r.

Postanowieniem z dnia 29 sierpnia 2020 r. Sąd Rejonowy w niniejszej sprawie podjął zawieszone postępowanie.

Sąd Rejonowy Gdańsk - Południe w Gdańsku wyrokiem z dnia 17 października 2022 r. umorzył postępowanie w zakresie zmienionym decyzją z dnia

20 listopada 2019 r. (pkt I); oddalił odwołania w pozostałym zakresie (pkt II); zasądził od odwołującej K. M. na rzecz organu rentowego kwotę 180 zł tytułem zwrotu części kosztów zastępstwa procesowego (pkt III).

W sprawie ustalono, że w okresie od 1 września 2004 r. do 31 sierpnia 2006 r. K. M. była zgłoszona do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych jako uczeń zawodu. Powódka ukończyła szkołę zawodową w zawodzie sprzedawca. Następnie, w okresie od 11 września 2006 r. do 7 listopada 2006 r. była zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna. Po szkole pierwszą pracę podjęła po około roku w U. sp. z o.o. w W. Początkowo nie miała zawartej umowy o pracę. W dniu 1 lutego 2011 r. odwołująca zawarła z U. sp. z o.o. w W. umowę o pracę na czas określony do dnia 31 grudnia 2012 r. W dniu 1 stycznia 2013 r. zawarła kolejną umowę o pracę na czas określony do dnia 31 grudnia 2014 r., a następnie była zatrudniona w pełnym wymiarze czasu pracy za wynagrodzeniem w wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę. Z tytułu zawartej umowy o pracę, w okresie od 1 lutego 2011 r. do 31 sierpnia 2014 r. odwołująca była zgłoszona do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, w tym ubezpieczenia chorobowego. W 2014 r. podstawa wymiaru składek odwołującej na ubezpieczenia społeczne wynosiła 1.680 zł. W dniu 10 stycznia 2011 r. w ewidencji działalności gospodarczej prowadzonej przez Wójta Gminy K. zarejestrowano K. M. jako przedsiębiorcę prowadzącego działalność pod firmą „K.” K. M. Jako datę rozpoczęcia działalności gospodarczej wskazano dzień 20 stycznia 2011 r.

Z tego tytułu K. M. od dnia 20 stycznia 2011 r. dokonała zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych, w tym do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z podstawą wymiaru składek na obowiązkowe ubezpieczenie emerytalne i rentowe i dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w wysokości przez okres pierwszych 24 miesięcy zadeklarowanej kwoty, nie niższą niż 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia (tzw. Mały ZUS). Z uwagi na zawartą umowę o pracę na pełny etat z U. sp. z o.o., w okresie od 1 lutego 2011 r. do 28 sierpnia 2014 r. powódka z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej nie podlegała ubezpieczeniom społecznym, w tym także ubezpieczeniu chorobowemu, a jedynie obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Powódka wybrała opodatkowanie zryczałtowanym podatkiem dochodowym (stawka 8,5%) i prowadziła wyłącznie ewidencję

przychodów, bez ewidencji kosztów prowadzenia działalności gospodarczej. Działalność gospodarcza powódki była prowadzona pod adresem jej zamieszkania w W. W ramach prowadzonej działalności gospodarczej powódka zajmowała się obróbką drewnianych elementów dla swojego pracodawcy U. sp. z o.o., przy czym jej zleceniodawcą była F. w G., u którego sporadycznie wykonywała także usługi sprzątające. Z tytułu świadczonych usług systematycznie co miesiąc uzyskiwała przychody w wysokości około 10.000-12.000 zł. Od początku prowadzenia działalności gospodarczej K. M. korzystała z usług Biura Rachunkowego „A.” A. P. Na wizycie lekarskiej w dniu 19 sierpnia 2014 r. ginekolog R. K. stwierdził ciążę u K. M. W dniu 29 sierpnia 2014 r. powódka wystąpiła do pracodawcy U. sp. z o.o. o rozwiązanie umowy o pracę za porozumieniem stron z dniem 31 sierpnia 2014 r., na co pracodawca wyraził zgodę. Z dniem 28 sierpnia 2014 r. powódka wykreśliła prowadzoną przez siebie działalność gospodarczą z ewidencji działalności gospodarczej i wyrejestrowała się z ubezpieczeń społecznych z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. Po 33 dniach przerwy, z dniem 1 października 2014 r. K. M. ponownie zarejestrowała działalność gospodarczą w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej pod firmą „K.” K. M. o identycznym profilu działalności co uprzednio zlikwidowana. Celem ponownego otwarcia działalności gospodarczej było uzyskanie wysokich świadczeń z ubezpieczenia chorobowego w związku z ciążą i rodzicielstwem powódki. W tym czasie powódka nie miała zamiaru stałego prowadzenia działalności gospodarczej. Od 1 października 2014 r. K. M. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą zgłosiła się do ubezpieczeń społecznych i zadeklarowała składki na obowiązkowe ubezpieczenie emerytalne, rentowe, wypadkowe i dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w wysokości nie niższej niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składki. Powódka zgłosiła się do ubezpieczeń społecznych z maksymalną dopuszczalną wysokością podstawy wymiaru składki, tj. kwotą 9.365 zł. W dniach 21-22 października 2014 r. K. M. przebywała w szpitalu na oddziale położniczo-ginekologicznym będąc w 14 tygodniu ciąży z uwagi na zagrażające poronienie - krwawienie. Przy wypisie ze szpitala otrzymała zalecenie oszczędzającego trybu życia i zwolnienie lekarskie na okres 7

dni. Powódka nie występowała o zasiłek chorobowy za okres niezdolności do pracy w październiku 2014 r. i za ten miesiąc opłaciła składkę na ubezpieczenie chorobowe w pełnej wysokości od zadeklarowanej podstawy 9.365 zł. Na wizycie kontrolnej w dniu 27 października 2014 r. ginekolog zalecił przedłużenie stosowania lekarstwa przepisanego w szpitalu. W dniu 26 listopada 2014 r. powódka otrzymała kolejne zaświadczenie lekarskie o niezdolności do pracy z powodu ciąży. Powódka była niezdolna do pracy do dnia porodu. W okresie od 26 listopada 2014 r. do 22 kwietnia 2015 r. K. M. został wypłacony zasiłek chorobowy w łącznej kwocie 39.866,76 zł. W okresie od 23 kwietnia 2015 r. do 20 kwietnia 2016 r. odwołująca przebywała na zasiłku macierzyńskim, który został jej wypłacony za ten okres w łącznej wysokości 67.451,50 zł. Następnie, od 21 kwietnia 2016 r. do 5 września 2016 r. odwołująca przebywała na zwolnieniu lekarskim z powodu drugiej ciąży, za który to okres został jej wypłacony zasiłek chorobowy z ubezpieczenia chorobowego w wysokości 37.323,06 zł. W okresie od 6 września 2016 r. do 4 września 2017 r. powódka przebywała na zasiłku macierzyńskim, który został jej wypłacony za ten okres w łącznej kwocie 77.095,15 zł. Po 39 dniach K. M. stała się niezdolna do pracy i w okresie od 20 października 2017 r. do 5 czerwca 2018 r. przebywała na zwolnieniu lekarskim, a organ rentowy wypłacił jej zasiłek chorobowy w kwocie 60.570,73 zł. W okresie od 6 czerwca 2018 r. do dnia 4 czerwca 2019 r. powódka przebywała na zasiłku macierzyńskim. Za okres od 6 czerwca 2018 r. do 31 maja 2019 r. został jej wypłacony zasiłek macierzyński w łącznej kwocie w kwocie 77.580 zł. Łączna kwota pobranego zasiłku chorobowego za okres od 1 czerwca 2016 r. do 5 września 2016 r., od 20 października 2017 r. do 5 czerwca 2018 r. i zasiłku macierzyńskiego za okres od 6 września 2016 r. do 4 września 2017 r. oraz od 6 czerwca 2018 r. do 31 maja 2019 r. wyniosła 243.836,62 zł. W dniu 31 października 2014 r. firma K. M. wystawiła na rzecz F. Ł. rachunek za wykonanie prac stolarskich oraz prac sprzątających na łączną kwotę 11.355 zł, a w dniu 25 listopada 2014 r. na kwotę 9.288 zł. Były to jedyne źródła przychodu firmy powódki w październiku i listopadzie 2014 r. W okresie od 26 listopada 2014 r. do 4 czerwca 2019 r. firma K. M. nie wystawiła żadnej faktury ani rachunku - nie osiągając żadnych przychodów. W czasie niezdolności do pracy K. M. nikt jej nie zastępował, nie zatrudniła pracownika ani nie zleciła tych prac innej osobie. W czasie korzystania przez K. M. ze świadczeń z

ubezpieczenia chorobowego działalność gospodarcza nie była prowadzona. Jedyne realny koszt działalności gospodarczej odwołującej w okresie od 26 listopada 2014 r. do 27 listopada 2018 r. stanowił koszt usług rachunkowych tj. kwota 50 zł miesięcznie. W grudniu 2014 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Gdańsku wszczął czynności sprawdzające w zakresie prowadzenia przez powódkę działalności gospodarczej. Z uwagi na przedstawienie dowodów potwierdzających faktyczne prowadzenie działalności gospodarczej organ rentowy nie stwierdził konieczności prowadzenia dalszego postępowania w tym zakresie.

Prawomocną decyzją z dnia 11 lutego 2019 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Gdańsku stwierdził, że K. M. nie podlega obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym (emerytalnemu, rentowym oraz wypadkowemu) z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej od dnia 1 października 2014 r. W uzasadnieniu decyzji organ rentowy wskazał, że w jego ocenie K. M. zarejestrowała działalność gospodarczą oraz podjęła się czynności rejestracyjnych w celu wywołania pozoru prowadzenia takiej działalności, która da jej możliwość korzystania ze świadczeń. Ponowne zarejestrowanie działalności miało na celu zapewnienie ciągłości przychodu, który miał być jednocześnie potwierdzeniem kontynuacji prowadzenia działalności gospodarczej celem zachowania ciągu podlegania ubezpieczeniom społecznym i dającym możliwość do nieograniczonego korzystania ze świadczeń wypłacanych od deklarowanych podstaw wymiaru składek. W tym celu powódka opłacała składki od deklarowanej wysokiej podstawy wymiaru składek łącznie za 61 dni prowadzenia podjętej działalności jedynie dla uzyskania prawa wypłaty wysokich świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. Uzyskane niezmiennie niskie dochody za lata 2015-2018 z tej działalności również potwierdzają tezę, iż działalność przez płatnika jest nadal podtrzymywana jedynie celem dalszego korzystania ze świadczeń i otrzymywania wypłat z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Potwierdzeniem tego są krótkie okresy prowadzenia działalności, ponieważ w przeliczeniu na dni, K. M. wykonywała swoje usługi przez 56 dni w 2014 r. i 45 dni w 2017 r., przy czym w 2017 r. nie wystawiła żadnego rachunku, gdyż nie wykonywała żadnych usług na rzecz swojej firmy. Organ rentowy wskazał, że brak jest w tym działaniu przesłanek mówiących o długoterminowym prowadzeniu działalności gospodarczej w celu osiągnięcia zysku rozumianego jako nadwyżki nad

kosztami jego uzyskania celem uzbierania takiej puli składek dających w przyszłości wysoką kwotę świadczenia emerytalnego. Działalność ta nie mogła przynosić zysku przy zadeklarowaniu przez ubezpieczoną wysokości podstaw wymiaru składek, które są w ocenie organu rentowego nierealnie wysokie, co do ilości usług świadczonych przez K. M. Były to raczej działania konsekwentne, przemyślane i zaplanowane ekonomicznie i organizacyjnie, niemające wzbudzać podejrzeń szczególnie pod względem administracyjnym i prawnym.

Po otrzymaniu decyzji z dnia 11 lutego 2019 r., z dniem 28 lutego 2019 r. K. M. zawiesiła prowadzenie działalności gospodarczej.

Mając na uwadze powyższe ustalenia, Sąd Rejonowy rozpoznający niniejszą sprawę stwierdził, że wniesione przez K. M. odwołania nie zasługiwały na uwzględnienie. Sąd zaznaczył, że był związany prawomocną decyzją Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 11 lutego 2019 r. ustalającą, że K. M. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą nie podlegała od dnia 1 października 2014 r. obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym (emerytalnemu, rentowemu i wypadkowemu) oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Powyższa decyzja miała charakter prejudycjalny dla rozstrzygnięcia w zakresie ustalenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. Zgodnie z utrwalonym orzecnictwem Sąd ubezpieczeń społecznych jest związany ostateczną decyzją organu rentowego, od której strona nie wniosła odwołania w trybie art. 477⁹ k.p.c. W przedmiotowej sprawie ubezpieczona złożyła odwołanie od decyzji z dnia 11 lutego 2019 r., ale zostało ono odrzucone z powodu złożenia go po terminie, wobec tego decyzja z dnia 11 lutego 2019 r. uzyskała walor prawomocności. Mając na uwadze, iż w okresie, w którym powstała niezdolność do pracy, K. M. nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu, według Sądu, nie miała ona również prawa do zasiłku chorobowego za okres od 26 listopada 2014 r. do 22 kwietnia 2015 r., od 21 kwietnia 2016 r. do 5 września 2016 r., od 20 października 2017 r. do 5 czerwca 2018 r. oraz prawa do zasiłku macierzyńskiego za okres od 23 kwietnia 2015 r. do 20 kwietnia 2016 r., od 6 września 2016 r. do 4 września 2017 r. oraz od 6 czerwca 2018 r. do 4 czerwca 2019 r.

Wobec powyższego przedmiotem ustaleń i rozważań Sądu Rejonowego w niniejszej sprawie pozostała przede wszystkim kwestia obowiązku zwrotu przez K.

M. kwoty 243.836,62 zł jako nienależnie pobranego zasiłku chorobowego za okres od 1 czerwca 2016 r. do 5 września 2016 r., od 20 października 2017 r. do 5 czerwca 2018 r. oraz zasiłku macierzyńskiego za okres od 6 września 2016 r. do 4 września 2017 r. oraz od 6 czerwca 2018 r. do 31 maja 2019 r. W ocenie Sądu Rejonowego zgromadzony w sprawie materiał dowodowy pozwala na ustalenie, że ubezpieczona świadomie wprowadziła w błąd organ rentowy co do zamiaru dalszego prowadzenia działalności gospodarczej, a zamknięcie prowadzonej działalności z dniem 28 sierpnia 2014 r. oraz rozwiązanie stosunku pracy z dniem 31 sierpnia 2014 r., a następnie zarejestrowanie nowej działalności gospodarczej z dniem 1 października 2014 r. tj. po przerwie trwającej ponad 30 dni, miało charakter pozorny, a celem tych działań było otrzymywanie wysokich świadczeń z ubezpieczenia chorobowego wskutek zastosowania bardzo korzystnego dla ubezpieczonej sposobu obliczania wymiaru świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. W uzasadnieniu wskazano, iż K. M. działalność gospodarczą prowadziła od stycznia 2011 r. Od lutego 2011 r. z tytułu działalności gospodarczej nie opłacała składek na ubezpieczenia społeczne, z uwagi na równoległą umowę o pracę. Kiedy w dniu 19 sierpnia 2014 r. dowiedziała się, że jest w ciąży, wystąpiła o pilne rozwiązanie umowy o pracę za porozumieniem stron z dniem 31 sierpnia 2014 r. Równolegle wykreśliła wpis swojej firmy z ewidencji działalności gospodarczej. Następnie, z dniem 1 października 2014 r. ponownie założyła działalność gospodarczą w tym samym zakresie co poprzednio, zgłaszając się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z maksymalną podstawą wymiaru składek, by następnie w listopadzie 2014 r. wystąpić o zasiłek chorobowy. W ocenie Sądu pierwszej instancji odwołująca z pełną świadomością - rejestrując ponownie działalność gospodarczą od dnia 1 października 2014 r. - wprowadziła organ rentowy w błąd co do zamiaru prowadzenia działalności gospodarczej, a jej zachowanie miało jedynie upozorować zamiar dalszego prowadzenia tej działalności. Przez okres 3,5 roku prowadzenia działalności gospodarczej, odwołująca nie odprowadzała żadnych składek, godząc się na podleganie ubezpieczeniom społecznym od minimalnego wynagrodzenia, kilkakrotnie niższego niż rzekome dochody z prowadzonej działalności gospodarczej. Dopiero w chwili, gdy dowiedziała się o swojej pierwszej ciąży, niezwłocznie podjęła działania, żeby małym nakładem finansowym

zabezpieczyć się na okres ciąży i urlopu macierzyńskiego. Działanie to było przemyślane i z góry przez nią zaplanowane.

W okresie od dnia 26 listopada 2014 r. do 28 lutego 2019 r. tylko raz, przez okres 39 dni, nie przebywała na żadnym zasiłku, jednakże nie podjęła w tym czasie nawet próby pozyskania nowego zlecenia. W przypadku, gdyby odwołująca nie podjęła powyższych działań, mogłaby otrzymywać jedynie zasiłek chorobowy czy zasiłek macierzyński z tytułu umowy o pracę, z której uzyskiwała minimalne wynagrodzenie za pracę. Z kolei, gdyby ubezpieczona rozwiązała umowę o pracę i zgłosiła się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, to podstawa wymiaru zasiłku zostałaby wyliczona z ostatnich 12 miesięcy przed powstaniem niezdolności do pracy, a przecież do sierpnia 2014 r. nie opłacała składek na to ubezpieczenie. W ocenie Sądu Rejonowego ubezpieczona, pobierając zasiłki chorobowe i zasiłki macierzyńskie, miała świadomość, że jej się one nie należą, ponieważ do ich wypłaty doszło wskutek pozornych działań mających na celu wprowadzenie organu rentowego w błąd co do zamiaru prowadzenia przez nią działalności gospodarczej. Wnioskodawczyni wiedziała, że będąc w ciąży, nie jest w stanie prowadzić działalności, jednak jej zamiarem nie było jej prowadzenie, a jedynie stworzenie takich pozorów i dzięki temu korzystanie z wysokich zasiłków z ubezpieczenia chorobowego przy minimalnym wkładzie własnym. Składki na ubezpieczenia społeczne w pełnej wysokości ubezpieczona opłacała jedynie za październik 2014 r., już w listopadzie pomniejszyła je o okres niezdolności do pracy, a w kolejnych miesiącach nie opłacała składek, z jednym wyjątkiem 39 dni w 2017 r. W ocenie Sądu Rejonowego także fakt, iż w grudniu 2014 r. organ rentowy podjął czynności w celu sprawdzenia prawidłowości zgłoszenia K. M. do ubezpieczeń społecznych, a po przedłożeniu przez nią dokumentacji księgowej, nie widział podstaw do kwestionowania jej podlegania i wypłacił zasiłki z ubezpieczenia chorobowego, nie może stanowić przyczyny uchylenia obowiązku zwrotu nienależnie pobranych przez nią zasiłków. Fakt, że ubezpieczona przedłożyła dowody pozorujące zamiar prowadzenia przez nią działalności gospodarczej, nie może działać na jej korzyść ze szkodą dla innych ubezpieczonych. Przedmiotowe postępowanie nie zakończyło się wówczas wydaniem decyzji administracyjnej. Błędne jest wywodzenie, że podjęcie przez organ

rentowy decyzji o wypłacie zasiłków spowodowało, że K. M. pobierała je w dobrej wierze w przekonaniu, że jej się należą. W ocenie Sądu Rejonowego, działania ubezpieczonej w związku z czynnościami sprawdzającymi organu rentowego, wręcz przypieczętowały fakt, że celowo wprowadziła organ rentowy w błąd, sprawiając pozory, że świadczenia te jej się należą.

Apelację od powyższego rozstrzygnięcia wywiodła ubezpieczona, zaskarżając wyrok w części co do punktu II i III.

Sąd Okręgowy w Gdańsku uznał apelację ubezpieczonej K. M. za bezzasadną i wyrokiem z dnia 30 czerwca 2023 r. oddalił apelację.

Sąd Okręgowy zaaprobował ocenę zebranego w sprawie materiału dowodowego poczynioną przez Sąd pierwszej instancji i na ich podstawie trafne ustalenia faktyczne co do okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, a także ich ocenę prawną. Sąd odwoławczy podkreślił, że prawomocna decyzja stwierdzająca niepodleganie przez odwołującą ubezpieczeniu stanowi kwestię prejudycjalną mającą wpływ na stwierdzenie nienależności świadczenia. Podstawą do stwierdzenia zaistnienia nienależności pobranego świadczenia na gruncie w art. 84 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych jest świadomość i wola ubezpieczonego do pobierania świadczeń z ubezpieczenia chorobowego pomimo braku tytułu tegoż ubezpieczenia.

Sąd drugiej instancji podniósł, że prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej jest tytułem do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych - emerytalnego, rentowych, wypadkowego, a nadto do ubezpieczenia zdrowotnego i powstaje z mocy prawa. Decyzja ZUS o tym, że dana osoba podlega ubezpieczeniom społecznym, jest zaś jedynie decyzją deklaratoryjną, która tylko potwierdza już istniejący stan, bo ZUS nie obejmuje nikogo ubezpieczeniami, a jedynie stwierdza fakt powstały z mocy prawa. Zaskarżona decyzja dotycząca podlegania ubezpieczeniom ma każdorazowo charakter deklaratoryjny, gdyż stwierdza obowiązek podlegania ubezpieczeniom, który to obowiązek istnieje i powstaje z mocy ustawy, gdy spełnią się określone w przepisach ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych przesłanki podlegania tym ubezpieczeniom. W analizowanej sprawie od 1 października 2014 r. nie zaistniały przesłanki do powstania obowiązku podlegania ubezpieczeniom społecznym przez odwołującą.

Decyzja została wydana dnia 11 lutego 2019 r. i doręczona ubezpieczonej dnia 12 lutego 2019 r. W dniu 12 grudnia 2019 r. odwołanie ubezpieczonej zostało odrzucone jako wniesione po terminie, Sąd wskazał, że tym samym odwołanie nie zostało skutecznie wniesione i decyzja stała się prawomocna po upływie miesiąca od jej doręczenia. Tym samym prawomocna decyzja ZUS z 11 lutego 2019 r., wobec odrzucania wniesionego od niej odwołania, jedynie potwierdziła to, iż ubezpieczona nie podlegała ubezpieczeniom społecznym w spornym okresie.

Zdaniem Sądu decyzja z dnia 11 lutego 2019 r. nie wpłynęła w żadnej mierze na stan świadomości i wolę ubezpieczonej. Sąd Okręgowy przyjął za Sądem Rejonowym, że ubezpieczona pierwotnie już od ponownego zarejestrowania działalności, to jest od 1 października 2014 r., nie planowała jej prowadzenia w sposób zorganizowany, ciągły i zarobkowy, a jej cel był w okolicznościach ustalonego przez Sąd pierwszej instancji stanu faktycznego oczywisty. Ubezpieczona bowiem od 1 października 2014 r. zgłosiła się do ubezpieczeń społecznych i zadeklarowała składki na obowiązkowe ubezpieczenie emerytalne, rentowe, wypadkowe i dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w wysokości nie niższej niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składki. Zgłosiła się przy tym do ubezpieczeń społecznych z maksymalną dopuszczalną wysokością podstawy wymiaru składki, to jest kwotą 9.365 zł. Sąd drugiej instancji podniósł, że odwołująca się w okresie do 2018 r. urodziła troje dzieci i przebywała na zasiłkach chorobowych i macierzyńskich. Następnie przytoczył ustalenia Sądu pierwszej instancji, że łączna kwota pobranego zasiłku chorobowego za okres od 1 czerwca 2016 r. do 5 września 2016 r., od 20 października 2017 r. do 5 czerwca 2018 r. i zasiłku macierzyńskiego za okres od 6 września 2016 r. do 4 września 2017 r. oraz od 6 czerwca 2018 r. do 31 maja 2019 r. wyniosła 243.836,62 zł. W tym okresie ubezpieczona w dniu 31 października 2014 r. wystawiła na rzecz F. Ł. rachunek za wykonanie prac stolarskich oraz prac sprzątających na łączną kwotę 11.355 zł, a w dniu 25 listopada 2014 r. na kwotę 9.288 zł. Były to jedyne źródła przychodu firmy ubezpieczonej w październiku i listopadzie 2014 r. W okresie od 26 listopada 2014 r. do 4 czerwca 2019 r. firma K. K. M. nie wystawiła żadnej faktury ani rachunku - nie osiągając żadnych przychodów. Ubezpieczona świadomie zrezygnowała z prowadzenia działalności co

zadeklarowała, wyrejestrowując się z jej prowadzenia, a następnie po 33 dniach przerwy zarejestrowała nową działalność od 1 października 2014 r. z najwyższą możliwą podstawą tak, aby świadczenie było dla niej korzystnie ustalone. Jej celem nie było podjęcie działalności i jej prowadzenie a jedynie uzyskanie bardzo wysokich świadczeń z ubezpieczenia chorobowego przez okres wielu lat. Według Sądu powyższe okoliczności prowadzą to uznania, że odwołująca kierowała się złą wolą i celowo wprowadziła organ w błąd, a zarejestrowana przez nią działalność była pozorna i nie była nastawiona na jej wykonywanie i osiąganie zysku.

W orzecznictwie od lat reprezentowane jest stanowisko, zgodnie z którym pojęcie nienależnego świadczenia, o jakim stanowi art. 84 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych obejmuje delikt wyłudzenia świadczeń, obowiązek ich zwrotu - ograniczony do wypadków, w których wzbogacony przyjął świadczenia w złej wierze, wiedząc, że mu się one nie należą - dotyczy osoby, która uzyskała świadczenia na podstawie nieprawdziwych zeznań lub dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd instytucji ubezpieczeniowej. Samo zgłoszenie się przedsiębiorcy do ubezpieczeń społecznych i opłacenie należnych składek, nie przesądza o tym, że faktycznie jest się takim przedsiębiorcą, czyli osobą prowadzącą działalność gospodarczą, osobą zgłoszoną do ubezpieczeń społecznych. Nie można organu rentowego obciążać ryzykiem w sytuacji, gdy strona nie podaje Zakładowi pełnej informacji o swoim rzeczywistym statusie.

Odnosząc się do zarzutów skarżącej, Sąd Okręgowy wskazał, iż w niniejszym postępowaniu Sąd nie ma możliwości badania prawidłowości prowadzenia przez organ rentowy kontroli celem wydania decyzji ustalającej podleganie ubezpieczeniom społecznym. Argumenty w tym zakresie mogłyby być podnoszone w odwołaniu od decyzji z dnia 11 lutego 2019 r., a więc w sprawie prowadzonej pod sygnaturą VII U 3696/19. Jednak odwołanie zostało wniesione po terminie, a decyzja ta jest prawomocna i wiąże w zakresie, w jakim ustaliła, iż ubezpieczona nie podlega ubezpieczeniu od 1 października 2014 r. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, w niniejszej sprawie dopiero upływ lat dał pełny i rzetelny obraz sprawy. Nie ulega wątpliwości, iż przed październikiem 2014 r., od 2011 r. ubezpieczona prowadziła działalność gospodarczą, następnie ją wyrejestrowała i w październiku 2014 r. zarejestrowała ponownie. Wówczas też kontrola ZUS przeprowadzona w grudniu 2014 r. nie dawała

jeszcze podstaw do stwierdzenia, iż działalność ta będzie pozorowana, nie występowały wówczas okoliczności, które świadczyłyby o niepodleganiu spornemu tytułowi. Następnie jednak ubezpieczona nie podejmowała w ramach zgłoszonej działalności żadnych w zasadzie działań i nie osiągała przychodu, a jedynie zgłosiła się do ubezpieczeń i pobierała przez okres wielu lat świadczenia w związku z kolejnymi ciężarami. Ponowna analiza szerszej już sytuacji dała więc w 2019 r. powód do wydania decyzji wyłączającej skarżącą z ubezpieczeń. Bez znaczenia przy tym pozostaje, iż pierwotnie organ rentowy wypłacał jej świadczenia, skoro było to związane z wprowadzeniem go przez ubezpieczoną w błąd i pozorowaniem działań, nie polegało zaś na bezrefleksyjnym realizowaniu obowiązku zasiłkowego.

Zdaniem Sądu, odwołująca wprowadziła w błąd organ rentowy świadomie i celowo - zostało bowiem potwierdzone, że nie wykazywała ona żadnej aktywności zawodowej w ramach zarejestrowanej działalności i nie osiągała dochodów pozwalających na pokrycie składek. Zachowanie to wpisuje się zatem w wachlarz zdarzeń uzasadniających uznanie zawinionego, świadomego wprowadzenia w błąd organu rentowego. Zasadnie według Sądu skarżąca podnosi, iż organ rentowy nie jest zwolniony z obowiązku weryfikacji składanych wniosków, skoro jednak ubezpieczona wprowadza organ w błąd i nie mając zamiaru prowadzenia działalności gospodarczej, pobierała z systemu ubezpieczeń rażąco wysokie świadczenia, które *de facto* są świadczeniami nienależnymi, to w takiej sytuacji organ rentowy jest uprawniony do weryfikacji prawa danego ubezpieczonego do świadczeń i uznania, iż są one również nienależnie pobrane. W sprawie niniejszej ponowną kontrolę ZUS przeprowadził dopiero w 2019 r. wobec urodzenia przez ubezpieczoną trzeciego dziecka i ponownego pobierania świadczeń z tego tytułu. Ubezpieczona, opłacając jednorazowo wysoką składkę, uczyniła niemal schematem utrzymywanie się z zasiłków chorobowych i macierzyńskich. Nie można przy tym uznać, by nie wiedziała ona o tym, iż działalność ta nie stanowiła podstawy do objęcia ubezpieczeniem, skoro działalność ta była ewidentnie pozorna - ubezpieczona nie podjęła niemal żadnych działań celem jej prowadzenia oprócz formalnego zarejestrowania. W okresie od 26 listopada 2014 r. do 28 lutego 2019 r. tylko raz przez okres 39 dni nie przebywała na żadnym zasiłku, jednakże nie podjęła w tym czasie nawet próby pozyskania nowego

zlecenia. W konsekwencji Sąd Okręgowy nie podzielił zarzutów skarżącej i oddalił wniesioną przez nią apelację.

W skardze kasacyjnej odwołująca zaskarżyła orzeczenie Sądu Apelacyjnego w całości. W podstawach skargi podniosła zarzut naruszenia przepisów postępowania: art. 374 k.p.c. w zw. z art. 382 w zw. z art. 328 § 2 k.p.c. przez przyjęcie przez Sąd drugiej instancji za własnych ustaleń faktycznych Sądu pierwszej instancji, w sytuacji, gdy Sąd drugiej instancji powinien na posiedzeniu jawnym przeprowadzić postępowanie dowodowe mające na celu zweryfikowanie przesłanek zwrotu nienależnie pobranych świadczeń występujących po stronie skarżącej, to jest czy one faktycznie występują. Zarzuciła także naruszenie prawa materialnego: art. 1 ust. 1 w zw. z art. 6 ust. 1, art. 29 ust. 1 oraz art. 32 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa w zw. z art. 66 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa w zw. z art. 84 ust. 2 pkt 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych przez jego zastosowanie w sprawie, podczas gdy Sąd drugiej instancji niezasadnie przypisał złą wolę ubezpieczonej na moment pobierania przez nią świadczeń; art. 1 ust. 1 w zw. z art. 6 ust. 1, art. 29 ust. 1 oraz art. 32 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa w zw. z art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych przez jego zastosowanie w sprawie, podczas gdy ubezpieczona pobrała świadczenia z ubezpieczenia chorobowego w spornych okresach przed wydaniem decyzji ustalającej nieistnienie tytułu do ubezpieczeń i zobowiązującej do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń, w związku ze zgłoszeniem do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, a więc przepis ten nie mógł być zastosowany przez Sąd drugiej instancji jako podstawa wyrokowania wobec braku wprowadzenia w błąd organu rentowego. Ponadto zarzuciła naruszenie art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych polegające na błędnym przyjęciu, że nie istnieje tytuł do ubezpieczeń społecznych i okoliczności towarzyszące jego powstaniu *per se* uzasadniają przyjęcie, że zaszła przesłanka świadomego wprowadzenia w błąd organu, podczas gdy w ocenie strony skarżącej art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych nie daje podstaw do zastosowania takiego uproszczenia.

W oparciu o przedstawione zarzuty skarżąca wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku Sądu Okręgowego w całości i orzeczenie co do istoty sprawy przez zmianę decyzji organu rentowego z 4 czerwca 2019 r., 20 listopada 2019 r. oraz 22 grudnia 2020 r., ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku Sądu Okręgowego w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania temu Sądowi w innym składzie wraz z rozstrzygnięciem o kosztach postępowania kasacyjnego, według norm prawem przepisanych.

W odpowiedzi na skargę kasacyjną organ rentowy wniósł o odmowę przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania, ewentualnie o jej oddalenie, a także zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego za postępowanie kasacyjne według norm przepisanych.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna nie zasługuje na uwzględnienie.

Rozpoznając zarzuty naruszenia przepisów postępowania, na wstępie przypomnieć należy, że zgodnie z art. 398³ § 1 pkt 2 k.p.c., skargę kasacyjną można oprzeć na naruszeniu przepisów postępowania, jeżeli uchybienie to mogło mieć istotny wpływ na wynik sprawy. Wpływ ten ocenia się przez odniesienie konkretnego rozstrzygnięcia do podstawy materialnoprawnej orzeczenia co do istoty sprawy. W świetle art. 398¹³ § 1 k.p.c. Sąd Najwyższy rozpoznaje skargę kasacyjną w granicach zaskarżenia oraz podstaw; w granicach zaskarżenia bierze jednak pod rozwagę nieważność postępowania.

Obie podstawy kasacyjne pozostają ze sobą w związku funkcjonalnym. W świetle art. 328 § 2 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c. oraz art. 374 i art. 382 k.p.c. nie jest możliwe prawidłowe zastosowanie prawa materialnego bez zgodnego z prawem procesowym ustalenia podstawy faktycznej rozstrzygnięcia. I odwrotnie - zarzuty naruszenia przepisów postępowania mają znaczenie, jeżeli uchybienia mogły mieć istotny wpływ na wynik sprawy, zatem najpierw decyduje prawidłowo rozumiane prawo materialne, które określa przesłanki dochodzonego świadczenia, a te wyznaczają, jakie ustalenia stanu faktycznego są konieczne i mają znaczenie dla rozstrzygnięcia sporu. Zarzuty podstawy procesowej nie mogą być dowolne, lecz

muszą pozostawać w związku z normą prawa materialnego, od której zależy wynik sprawy, w postępowaniu kasacyjnym zachodzi też związanie ustaleniami faktycznymi stanowiącymi podstawę zaskarżonego orzeczenia. Odnosząc się do sformułowanego zarzutu skarżącej w ramach kasacyjnej podstawy naruszenia przepisów postępowania, warto zauważyć, że w procesie cywilnym obowiązuje system apelacji pełnej, w którym postępowanie apelacyjne jest dalszym stadium postępowania przed sądem pierwszej instancji, a sąd apelacyjny ma prawo i obowiązek ponownego badania sprawy, przeprowadzania w niezbędnym zakresie postępowania dowodowego oraz orzekania na podstawie materiału zebranego w postępowaniu w pierwszej instancji i w postępowaniu apelacyjnym. Postępowanie apelacyjne jest zatem kontynuacją postępowania merytorycznego. Sąd drugiej instancji rozpoznaje sprawę w granicach apelacji, a nie apelację. Użyte w art. 378 § 1 k.p.c. sformułowanie, że sąd drugiej instancji rozpoznaje sprawę „w granicach apelacji”, oznacza w szczególności, iż sąd odwoławczy dokonuje własnych ustaleń faktycznych, prowadząc lub ponawiając dowody albo poprzestając na materiale zebranym w pierwszej instancji w świetle art. 381 i art. 382 k.p.c. oraz kontroluje prawidłowość postępowania przed sądem pierwszej instancji. Do naruszenia art. 382 k.p.c. dochodzi w wypadku pominięcia przez sąd drugiej instancji części zebranego w sprawie materiału, w związku z czym strona powołująca się na naruszenie tego przepisu powinna wskazać materiał dowodowy, który został przez sąd drugiej instancji pominięty przy wydaniu wyroku, i wykazać, że popełnione uchybienie mogło mieć wpływ na wynik sprawy, czego w skardze kasacyjnej nie wykazano.

Odnosząc się do podniesionych zarzutów naruszenia prawa procesowego art. 374 k.p.c. w związku z art. 382 w zw. z art. 328 § 2 k.p.c. polegających na nieprzeprowadzeniu postępowania dowodowego przez Sąd drugiej instancji mającego na celu uzupełnienie materiału dowodowego należy zauważyć, że w apelacji skarżąca zarzuciła zaskarżonemu wyrokowi naruszenie jedynie art. 233 § 1 k.p.c. (poprzez dokonanie oceny zgromadzonego w toku niniejszego postępowania materiału dowodowego w sposób sprzeczny z zasadami logicznego rozumowania) i wniosła o rozpoznanie sprawy na rozprawie. Zgodnie z tym wnioskiem Sąd drugiej instancji na rozprawie rozpoznał sprawę K. M. Sąd Okręgowy zaaprobował ocenę zebranego w sprawie materiału dowodowego poczynioną przez Sąd pierwszej

instancji i na ich podstawie trafne ustalenia faktyczne co do okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, a także ich ocenę prawną. Sąd odwoławczy w ten sposób podzielił zatem ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji i dokonał subsumcji prawa materialnego do poczynionych ustaleń, z czego zdał relację w pisemnych motywach orzeczenia w sposób pozwalający na kasacyjną kontrolę toku rozumowania, który doprowadził do wydania zaskarżonego rozstrzygnięcia, co nie skutkuje naruszeniem art. 328 § 2 k.p.c.

Zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. może być usprawiedliwiony tylko w tych wyjątkowych okolicznościach, w których treść uzasadnienia wyroku uniemożliwia całkowicie dokonanie oceny toku wyводу, który doprowadził do wydania orzeczenia, a także w przypadku zastosowania prawa materialnego do niedostatecznie jasno ustalonego stanu faktycznego. Wypełnienie wymagań stawianych uzasadnieniu wyroku sądu drugiej instancji może polegać na podzieleniu i uznaniu za własne ustaleń faktycznych dokonanych przez sąd pierwszej instancji oraz zaakceptowaniu oceny prawnej tego sądu. Ma to miejsce w sytuacji oparcia rozstrzygnięcia na przejętych ustaleniach faktycznych, które stają się ustaleniami sądu drugiej instancji oraz zaakceptowaniu przeprowadzonych przez sąd pierwszej instancji rozważań prawnych. Nie ma racji skarżąca, zarzucając, że sporządzone przez Sąd drugiej instancji uzasadnienie wyroku nie spełnia powyższych wymagań konstrukcyjnych, a w wypadku pominięcia przez Sąd Okręgowy części zebranego w sprawie materiału, skarżąca powołująca się na naruszenie tego przepisu powinna wskazać materiał dowodowy, który został przez Sąd drugiej instancji pominięty przy wydaniu wyroku, i wykazać, że popełnione uchybienie mogło mieć wpływ na wynik sprawy.

Analizę prawidłowości zaskarżonego wyroku należy rozpocząć od przypomnienia, że art. 84 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (aktualnie tekst jednolity: Dz.U. z 2025 r., poz. 350 ze zm., dalej jako ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych bądź ustawa systemowa) reguluje problematykę nienależnie pobieranych świadczeń i ich zwrotu ogólnie w odniesieniu do wszystkich świadczeń z ubezpieczeń społecznych. Art. 66 ust. 2 ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (obecnie jednolity tekst: Dz.U. z 2025 r. poz. 501) nie stanowi przepisu szczególnego w stosunku do art. 84 ust. 2 ustawy o

systemie ubezpieczeń społecznych w tym znaczeniu, że nie wyłącza stosowania definicji nienależnie pobranych świadczeń, wynikającej z art. 84 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, do nienależnie pobranych zasiłków chorobowych; art. 66 ust. 2 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (nie reguluje odmiennie okoliczności przemawiających za uznaniem świadczenia za pobrane nienależnie, niż czyni to art. 84 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych - wyrok Sądu Najwyższego z 7 czerwca 2022 r., II USKP 196/21, LEX nr 3449788). Podstawowym warunkiem uznania, że wypłacone świadczenie podlega zwrotowi w myśl art. 84 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, jest po pierwsze, brak prawa do świadczenia oraz po drugie, świadomość tego osoby przyjmującej to świadczenie, która najczęściej wynika z pouczenia dokonanego przez organ rentowy. Obie te przesłanki wystąpić muszą w trakcie pobierania świadczenia, a nie po zaprzestaniu jego wypłaty (J. Jędrasik-Jankowska, Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego, Warszawa 2013 r., s. 152).

Istotną cechą nienależnie pobranego świadczenia jest świadomość osoby pobierającej świadczenie co do nieprzysługiwania jej tego świadczenia w całości lub w części od początku albo w następstwie mających miejsce później zdarzeń. Organ rentowy może domagać się zwrotu nienależnie pobranego świadczenia tylko wówczas, gdy ubezpieczonemu można przypisać złą wolę w jego pobieraniu (wyrok Sądu Najwyższego z 6 listopada 2024 r., III USKP 56/24, Legalis nr 3147028). 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 (art. 84 ust. 2 pkt 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych), jak też tej osoby, która uzyskała świadczenia na podstawie nieprawdziwych zeznań lub dokumentów, albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd organu rentowego (art. 84 ust. 2 pkt 2 tej ustawy). W prawie ubezpieczeń społecznych „świadczenie nienależnie pobrane” to nie tylko obiektywnie „świadczenie nienależne”, w szczególności 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). 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 świadczenia (wyroki Sądu Najwyższego z: 2 grudnia 2009 r., I UK 174/09, LEX nr 585709; 6 lutego 2024 r., I USKP 102/23, OSNP 2024, nr 11, poz. 112; postanowienia Sądu Najwyższego z: 3 grudnia 2024 r., III USK 214/24, Legalis nr 3168627; 15 stycznia 2025 r., III USK 89/24, Legalis nr 3167618; 26 lutego 2025 r., III USK 86/24, Legalis nr 3202294; R. Babińska, Wzruszalność prawomocnych decyzji rentowych, Warszawa 2007, s. 207; B. Gudowska, Zwrot nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych, część 1, Praca i Zabezpieczenie Społeczne 2011, nr 7, s. 18).

W orzecznictwie zwraca się uwagę, że prawo ubezpieczeń społecznych nie wykształciło własnej definicji winy (wyrok Sądu Najwyższego z 27 sierpnia 2024 r., I USKP 122/23, OSNP 2025, nr 1, poz. 11). 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 o systemie ubezpieczeń społecznych błąd stanowi następstwo świadomego działania pobierającego świadczenie, determinowanego wolą wywołania przekonania po stronie organu, że zostały spełnione warunki nabycia prawa do świadczenia lub świadczenia w określonej wysokości. Ten 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. W ramach zachowań kwalifikowanych jako świadome wprowadzenie w błąd organu rentowego lub odwoławczego mieszczą się: bezpośrednie oświadczenie nieprawdy we wniosku, przemilczenie przez ubezpieczonego faktu mającego wpływ na prawo do świadczenia, złożenie wniosku w sytuacji oczywiście nieuzasadniającej powstanie prawa do świadczenia oraz okoliczność domniemanego współdziałania ubezpieczonego z innymi podmiotami we wprowadzeniu w błąd organu rentowego. W orzecznictwie Sądu Najwyższego utrwalił się pogląd, zgodnie z którym zarejestrowanie działalności gospodarczej i towarzyszące temu zadeklarowanie nieznaidującej pokrycia w przewidywanych

zyskach wysokiej podstawy wymiaru składki na ubezpieczenia społeczne, a przy tym ze świadomością istnienia przeszkód do prowadzenia tej działalności, w tym spodziewane w nieodległym czasie urodzenie dziecka i związana z tym planowana przerwa w prowadzeniu działalności, może wskazywać na intencję nie tyle podjęcia i wykonywania zarobkowej działalności gospodarczej o charakterze ciągłym, lecz włączenia się do systemu ubezpieczeń społecznych w celu uzyskania wysokich świadczeń (wyrok Sądu Najwyższego z 18 grudnia 2018 r., II UK 413/17, LEX nr 2609126; postanowienie Sądu Najwyższego z 20 października 2021 r., III USK 290/21, Legalis nr 2938684).

Jeśli osoba składająca wniosek o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem, spełnia ustawowe warunki, to Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie może odmówić objęcia jej tym ubezpieczeniem, a z kolei objęcie ochroną ubezpieczeniową rodzi obowiązek opłacania składek i w dalszej konsekwencji uprawnienie do świadczeń w razie zaistnienia ryzyka ubezpieczeniowego (wyrok Sądu Najwyższego z 15 kwietnia 2025 r., III USKP 30/24, Legalis nr 3215911). Ubezpieczona, deklarując określoną podstawę wymiaru składki na dobrowolne ubezpieczenie społeczne z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności, powinna kierować się założeniem, że ubezpieczenie to jest pochodną prowadzonej działalności gospodarczej. Wymagany jest więc związek funkcjonalny pomiędzy prowadzoną działalnością pozarolniczą a wysokością zadeklarowanej podstawy wymiaru składki. Oceniając w tym aspekcie ową działalność, należy brać pod uwagę łącznie: czas jej prowadzenia, stabilność organizacyjną i dysponowanie określoną infrastrukturą oraz realizację zobowiązań publicznoprawnych. Ocena taka powinna być zindywidualizowana, gdyż nie jest możliwe określenie jej parametrów w sposób uniwersalny. Uwzględnia ona przedmiot prowadzonej działalności, ekonomiczne i społeczne otoczenie, sytuację zewnętrzną w określonej dziedzinie gospodarczej i jej prognozę. Próby instrumentalnego traktowania uprawnień wynikających z ubezpieczenia chorobowego, niejednokrotnie prowadzące do nadużyć w korzystaniu ze świadczeń z tego ubezpieczenia, zwłaszcza przez osoby rozpoczynające prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej bądź pozorujące jej podjęcie, zostały dostrzeżone przez Sąd Najwyższy prowadząc do modyfikacji kierunku wykładni wynikającej z uchwały Sądu Najwyższego (z 21 kwietnia 2010 r., II UZP 1/10, Legalis nr 215206) przez

sprecyzowanie wynikających z niej wniosków. W uchwale (z 29 listopada 2023 r., III UZP 3/23, Prokuratura i Prawo 2024 nr 6, poz. 19) Sąd Najwyższy wskazał, że w początkowym okresie po podjęciu pozarolniczej działalności wysokość podstawy wymiaru składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe powinna być ustalana przez ubezpieczonego z dużą odpowiedzialnością, gdyż - podejmując taką działalność - nie ma on pełnego rozeznania ryzyka ekonomicznego związanego z nią. Tylko takie odpowiedzialne korzystanie z kompetencji do ustalania podstawy wymiaru składki przyznanej ubezpieczonemu przez prawo można oceniać jako korzystanie w dobrej wierze. Uznanie dopuszczalności kontroli i weryfikacji zadeklarowanej podstawy wymiaru składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe znajduje wsparcie w zasadach prawa ubezpieczeń społecznych, zwłaszcza w zasadzie solidaryzmu, która ma charakter dyrektywny (K. Antonów, Kompetencje ZUS w zakresie weryfikacji prowadzenia działalności gospodarczej oraz deklarowanej podstawy wymiaru składek z tego tytułu, PiZS 2021, nr 2, s. 8 i n.). Stanowi więc wskazówkę interpretacyjną, którą należy brać pod uwagę w procesie wykładni prawa (por. uwagi A. Nieć, B. Szyrowski, Kompetencja ZUS do weryfikacji zadeklarowanej przez przedsiębiorcę podstawy wymiaru składki w świetle uchwały (...). Analiza krytyczna, Prokuratura i Prawo 2025, nr 5, s. 98 i n.).

Sąd Najwyższy w obecnym składzie przyjmuje, że w konsekwencji ktoś, kto prowadzi działalność gospodarczą tylko po to, aby uzyskać świadczenia z ubezpieczenia społecznego, w istocie stwarza pozory tej działalności, bowiem nie zmierza do pozyskania zarobku z działalności, a to wypacza sens ustawowy tej instytucji prawa. W niniejszej sprawie Sądy ustaliły, że działania wnioskodawczyni w spornym okresie nosiły cechy pozorowania prowadzenia działalności gospodarczej w celu uzyskania wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Wnioskodawczyni złożyła wnioski o świadczenia z ubezpieczenia chorobowego, wcześniej pozorując w tym celu posiadanie do nich tytułu. Prowadzi to do uznania, że działała ona w sposób oczywisty z zamiarem uzyskania świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Skoro wnioskodawczyni od samego początku zakładając działalność gospodarczą, działała z zamiarem wykreowania pozornego tytułu w celu uzyskania świadczeń z ubezpieczenia społecznego należy uznać, że świadomie wprowadziła w błąd organ rentowy przez umyślne działanie. Składając

dokumenty dotyczące ubiegania się o zasiłki chorobowe i zasiłek macierzyński wnioskodawczynie podawała nieprawdziwe dane co do faktycznego prowadzenia działalności. Składając oświadczenia, że jest objęta ubezpieczeniem chorobowym jako osoba prowadząca działalność gospodarczą, świadomie wprowadziła w błąd organ rentowy, gdyż faktycznie tej działalności nie prowadziła. Należy nadmienić w tym miejscu, że art. 51 Konwencji Międzynarodowej Organizacji Pracy nr 102 (Ustawa z 24 kwietnia 2003 r. o ratyfikacji Konwencji Nr 102 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczącej minimalnych norm zabezpieczenia społecznego, przyjętej w Genewie dnia 28 czerwca 1952 r., Dz.U. Nr 113, poz. 1065) stanowi, że celowe jest ustanowienie warunku nabycia prawa do świadczeń związanych z macierzyństwem w postaci stażu ubezpieczeniowego, dla uniknięcia nadużyć (zob. też temat minimalnego stażu ubezpieczeniowego wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z 21 maja 2015 r. w sprawie C-65/14 Charlotte Rosselle v. Institut national d'assurance maladie- invalidité i Union nationale des mutualités libres, ECLI:EU:C:2015:339).

Sądy obu instancji ustaliły, że zgromadzony w sprawie materiał dowodowy pozwala na ustalenie, że ubezpieczona świadomie wprowadziła w błąd organ rentowy co do zamiaru dalszego prowadzenia działalności gospodarczej, a jej wyrejestrowanie z dniem 28 sierpnia 2014 r. oraz rozwiązanie stosunku pracy z dniem 31 sierpnia 2014 r., a następnie zarejestrowanie nowej działalności gospodarczej z dniem 1 października 2014 r. tj. po przerwie trwającej ponad 30 dni, z najwyższą z możliwych wysokością podstawy wymiaru składki, miało charakter pozorny, a celem tych działań było otrzymywanie wysokich świadczeń z ubezpieczenia chorobowego wskutek zastosowania korzystnego dla ubezpieczonej sposobu obliczania wymiaru świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. Skarżąca w okresie od lutego 2011 r. do 28 sierpnia 2014 r., przez 3,5 roku prowadzenia działalności gospodarczej, nie odprowadzała żadnych składek, godząc się na podleganie ubezpieczeniom społecznym z tytułu stosunku pracy od minimalnego wynagrodzenia, kilkakrotnie niższego niż rzekome dochody z prowadzonej działalności gospodarczej. Uznać zatem należało, że wnioskodawczynie wprowadziła w błąd organ rentowy, w następstwie świadomego działania pobrała w spornych

okresach nienależne świadczenie (art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych).

Należy dodać, że zasiłek chorobowy jest świadczeniem z ubezpieczenia społecznego rekompensującym zarobek utracony przez ubezpieczonego wskutek jego niezdolności do pracy spowodowanej chorobą lub innym zdarzeniem z chorobą zrównanym (uchwała Sądu Najwyższego z 16 czerwca 2021 r., III UZP 2/21, OSP 2022, nr 11, poz. 97, s. 78). Prawo do tego świadczenia przysługuje zawsze – mimo, że niekiedy ustawodawca wymaga także spełnienia dodatkowych warunków ustawowych – gdy wyłączną przyczyną utraty zarobku jest ziszczenie się ryzyka ubezpieczeniowego, tj. w razie powstania niezdolności do pracy w okresie trwania ubezpieczenia chorobowego (art. 6 ust. 1 ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa). Zasiłek chorobowy wypłacony w sytuacji świadomego wprowadzenia organu rentowego w błąd co do istnienia podstawy wypłaty tego zasiłku jest zaś świadczeniem nienależnie pobranym (wyroki Sądu Najwyższego z: 3 grudnia 2019 r., I UK 285/18, LEX nr 2779501; 25 kwietnia 2023 r., I USKP 70/22, Legalis nr 2958372; postanowienie Sądu Najwyższego z 10 marca 2021 r., II USK 79/21, Legalis nr 2580236; R. Babińska-Górecka (w:) K. Walczak (red.), Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Komentarz, Warszawa 2025, art. 1 ust. 1, art. 29 ust. 1, art. 32 ust. 1 oraz uwagi na temat autonomii prawa ubezpieczeń społecznych w stosunku do prawa cywilnego). Jak już wspomniano, Sąd Najwyższy zakreśla bowiem szeroko ramy zachowań kwalifikowanych jako świadome wprowadzenie w błąd organu rentowego. 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 powstania prawa do świadczenia oraz okoliczność domniemanego współdziałania wnioskodawcy z innymi podmiotami we wprowadzeniu w błąd organu rentowego (wyroki Sądu Najwyższego z: 11 września 2019 r., OSNP 2020, nr 10, poz. 112; 25 kwietnia 2023 r., I USKP 70/22, LEX nr 3576100; postanowienie Sądu Najwyższego z 10 czerwca 2025 r., III USK 397/24, LEX nr 3883118). Uzasadnione jest stwierdzenie, że gdy obowiązek zwrotu świadczeń nienależnych wywodzi się z winy

osoby, która je pobrała, brak jakichkolwiek podstaw do przyjęcia przyczynienia się Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (wyroki Sądu Najwyższego z: 20 maja 2004 r., II UK 385/03, OSNP 2005, nr 2, poz. 25; 27 stycznia 2011 r., II UK 194/10, LEX nr 786392; 17 stycznia 2012 r., I UK 194/11, LEX nr 1227962; R. Babińska-Górecka (w:) Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych. Komentarz, red. K. Antonów, Warszawa 2024, art. 84; K. Stopka (w:) Świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Komentarz, Warszawa 2025, Orzecznictwo, art. 84).

Z wiążących Sąd Najwyższy ustaleń faktycznych (art. 398¹³ § 2 k.p.c.) wynika, że w momencie zgłoszenia przez skarżącą prowadzenia działalności gospodarczej wystąpiły oba opisane elementy: zadeklarowanie nieznajdującej pokrycia w przewidywanych zyskach wysokiej podstawy wymiaru składki na ubezpieczenia społeczne oraz świadomość istnienia przeszkód do prowadzenia tej działalności ze względu stan zdrowia. W związku z tym istniały podstawy do oceny, że zamiarem skarżącej nie było prowadzenie działalności gospodarczej, a zgłoszenie prowadzenia działalności gospodarczej świadomie zmierzało do wprowadzenia organu rentowego w błąd celu uzyskania nienależnych świadczeń. Związanie to wyklucza nie tylko przeprowadzenie dowodów, lecz także badanie czy Sąd drugiej instancji nie przekroczył granic swobodnej ich oceny. Z tego punktu widzenia każdy zarzut skargi kasacyjnej, który miałby na celu polemikę z ustaleniami faktycznymi Sądu drugiej instancji, chociażby pod pozorem kwestionowania wykładni lub niewłaściwego zastosowania określonych przepisów prawa materialnego, z uwagi na jego sprzeczność z art. 398³ § 3 k.p.c. jest *a limine* niedopuszczalny (wyroki Sądu Najwyższego z: 25 czerwca 2020 r., II CSK 695/18, LEX nr 3049035; 23 kwietnia 2024 r., III USKP 28/24, Legalis nr 3071211; 18 lutego 2025 r., I USKP 170/24, LEX nr 3838558).

Mając na uwadze powyższe, Sąd Najwyższy na podstawie art. 398¹⁴ k.p.c. oddalił skargę kasacyjną. O kosztach postępowania kasacyjnego strony pozwanej orzeczono w myśl art. 102 w związku z art. 398²¹ k.p.c. kierując się zasadą słuszności wobec charakteru żądania poddanego sądowemu rozstrzygnięciu, jego znaczeniem dla strony, subiektywnym przekonaniem ubezpieczonej o zasadności podniesionego roszczenia, a także z uwzględnieniem sytuacji życiowej strony skarżącej

(postanowienia Sądu Najwyższego z: 25 sierpnia 2011 r., II CZ 51/11, LEX nr 949023; 1 grudnia 2011 r., I CZ 26/11; LEX nr 1101325; P. Feliga (w:) M. Uliasz, P. Feliga, Ustawa o kosztach sądowych w sprawach cywilnych. Komentarz, Warszawa 2024, art. 108).

[SOP]

(J.K.)