



Sygn. akt I UK 98/19

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 września 2020 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Krzysztof Staryk (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Leszek Bielecki

SSN Zbigniew Korzeniowski

w sprawie z odwołania J. L.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych I Oddziałowi w Ł.

o zwrot nienależnie wypłaconego zasiłku chorobowego,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń
Społecznych w dniu 30 września 2020 r.,

skargi kasacyjnej organu rentowego od wyroku Sądu Okręgowego - Sądu Pracy i
Ubezpieczeń Społecznych w Ł.

z dnia 4 lipca 2018 r., sygn. akt VIII Ua (...),

**uchyla zaskarżony wyrok i sprawę przekazuje Sądowi
Okręgowemu w Ł. do ponownego rozpoznania i orzeczenia o
kosztach postępowania kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

W wyroku z dnia 4 lipca 2018 r., sygn. akt VIII Ua (...), Sąd Okręgowy – Sąd
Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Ł. – w sprawie z wniosku J. L. (dalej również
jako: wnioskodawczyni) przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych I

Oddziałowi w Ł. (dalej również jako: organ rentowy lub ZUS) – oddalił apelację organu rentowego od wyroku Sądu Rejonowego – Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Ł. z dnia 28 marca 2018 r., sygn. akt X U (...), w którym Sąd Rejonowy zmienił zaskarżoną odwołaniem wnioskodawczynie decyzję organu rentowego z dnia 29 maja 2017 r., nr sprawy (...), w ten sposób, że uchylił obowiązek zwrotu zasiłku chorobowego z funduszu chorobowego za okresy wskazane w decyzji w kwocie 10.339,49 zł oraz odsetek w wysokości 4.328,96 zł (pkt 1); oddalił odwołanie w pozostałej części (pkt 2).

Sąd ustalił, że J. L. podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. W okresach od 12 czerwca 2012 r. do 20 sierpnia 2012 r., od 5 listopada 2012 r. do 18 listopada 2012 r., od 2 stycznia 2013 r. do 20 stycznia 2013 r., od 4 lutego 2013 r. do 17 marca 2013 r., od 2 kwietnia 2013 r. do 29 kwietnia 2013 r., od 2 września 2013 r. do 29 września 2013 r. i od 21 stycznia 2014 r. do 3 lutego 2014 r. wnioskodawczynie wypłacono zasiłek chorobowy w łącznej kwocie 10.339,49 zł.

Wcześniejszą decyzją z dnia 25 czerwca 2015 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. Inspektorat w K. pozbawił J. L. prawa do zasiłku chorobowego, stwierdził nadpłatę zasiłku i zobowiązał ubezpieczoną do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego z funduszu ubezpieczeń społecznych w kwocie 10.115,48 zł oraz odsetek w wysokości 2.473,57 zł za okresy od 10 marca 2012 r. do 31 marca 2012 r., od 15 maja 2012 r. do 11 czerwca 2012 r., od 19 grudnia 2012 r. do 1 stycznia 2013 r., od 21 stycznia 2013 r. do 3 lutego 2013 r., od 18 marca 2013 r. do 1 kwietnia 2013 r. i od 30 września 2013 r. do 20 stycznia 2014 r. W uzasadnieniu tej decyzji wskazano, że ubezpieczona w czasie przebywania na zwolnieniu lekarskim wykonywała pracę zarobkową związaną z prowadzeniem własnej działalności gospodarczej.

Wyrokiem z dnia 13 lipca 2016 r., sygn. akt X U (...), Sąd Rejonowy – Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Ł. zmienił w części decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 25 czerwca 2015 r. w ten sposób, że stwierdził brak podstaw do pozbawienia J. L. prawa do zasiłku chorobowego za okresy od 21 stycznia 2013 r. do 3 lutego 2013 r. i od 18 marca 2013 r. do 1 kwietnia 2013 r., zwolnił J. L. z obowiązku zwrotu zasiłku chorobowego za okresy od 21 stycznia

2013 r. do 3 lutego 2013 r. i od 18 marca 2013 r. do 1 kwietnia 2013 r. oraz z obowiązku zwrotu odsetek ustawowych w kwocie 2.473,57 zł naliczonych do dnia wydania decyzji z dnia 25 czerwca 2015 r.; oddalił odwołanie w pozostałym zakresie. W uzasadnieniu tego wyroku Sąd wskazał, że w okresach od 29 lutego 2012 r. do 20 sierpnia 2012 r., od 5 listopada 2012 r. do 30 kwietnia 2013 r., od 2 września 2013 r. do 3 lutego 2014 r., od 29 maja 2014 r. do 31 grudnia 2014 r. wnioskodawczyni była czasowo niezdolna do pracy. W tych okresach orzeczonej niezdolności do pracy wnioskodawczyni podpisała faktury zakupowe w łącznej ilości 10 sztuk, dokument kasowy, w którym podpisem potwierdziła przyjęcie gotówki, umowę z Urzędem Pracy o zorganizowanie stażu pracy oraz dokumenty ze spisów natury przeprowadzonych przez wnioskodawczynię osobiście na koniec roku 2012 i 2013. W ocenie Sądu brak było podstaw do uznania, że podpisanie wymienionych dokumentów miało charakter incydentalny. Wnioskodawczyni praktycznie codziennie była na miejscu w prowadzonym przez siebie sklepie – sprawowała stały nadzór nad prowadzoną działalnością. Sąd nie podzielił oceny organu rentowego co do tego, że odwołująca prowadziła działalność zarobkową w okresie niezdolności do pracy od 21 stycznia 2013 r. do 3 lutego 2013 r., czego dowodem było złożenie przez wnioskodawczynię w dniu 2 lutego 2013 r. podpisu na umowie zakupu lody chłodniczej. Sąd uznał, że zakup tego sprzętu nie wymagał od odwołującej się żadnej aktywności fizycznej, poza złożeniem podpisu na umowie, co wnioskodawczyni uczyniła w domu, natomiast był konieczny z uwagi na zepsucie starej lodówki użytkowanej w sklepie. Czynność podpisania tego dokumentu była czynnością incydentalną, wymuszoną okolicznościami. Jeśli chodzi o objęty decyzją okres niezdolności do pracy od 18 marca 2013 r. do 1 kwietnia 2013 r. to w aktach organu rentowego brak było jakiegokolwiek dokumentu podpisanego przez wnioskodawczynię w tym okresie. Z tego względu Sąd zmienił decyzję w zakresie okresów od 21 stycznia 2013 r. do 3 lutego 2013 r. i od 18 marca 2013 r. do 1 kwietnia 2013 r. Sąd Okręgowy w Ł. wyrokiem z dnia 15 grudnia 2016 r. oddalił apelację organu rentowego od wyroku Sądu Rejonowego X U (...).

Sąd pierwszej instancji podkreślił, że przedmiotem zaskarżonej w niniejszym postępowaniu decyzji organu rentowego z dnia 29 maja 2017 r. jest zwrot wypłaconych zasiłków chorobowych za okresy od 12 czerwca 2012 r. do 20

sierpnia 2012 r., od 5 listopada 2012 r. do 18 listopada 2012 r., od 2 stycznia 2013 r. do 20 stycznia 2013 r., od 4 lutego 2013 r. do 17 marca 2013 r., od 2 kwietnia 2013 r. do 29 kwietnia 2013 r., od 2 września 2013 r. do 29 września 2013 r. i od 21 stycznia 2014 r. do 3 lutego 2014 r. W uzasadnieniu decyzji z 29 maja 2017 r. organ rentowy wskazał, że nadpłata powstała w wyniku zmiany przebiegu dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego na skutek decyzji wydanej w dniu 25 czerwca 2015 r. zobowiązującej do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego z funduszu chorobowego za wskazane okresy z powodu nieprawidłowego wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy oraz wykonania wyroku Sądu Rejonowego w sprawie X U (...) zmieniającego ww. decyzję w ten sposób, że Sąd stwierdził brak podstaw do pozbawienia wnioskodawczynie prawa do zasiłku chorobowego i zwolnień z obowiązku zwrotu świadczenia za okresy od 21 stycznia 2013 r. do 3 lutego 2013 r. i od 18 marca 2013 r. do 1 kwietnia 2013 r. Wnioskodawczynie nie miała świadomości konsekwencji wyroku w sprawie X U (...) ani nie rozumiała uzasadnienia zaskarżonej decyzji. Wypłacony zasiłek chorobowy w okresach objętych zaskarżoną decyzją w dniu jego wypłaty był świadczeniem należnym. Organ rentowy nie kwestionował podlegania przez wnioskodawczynię ubezpieczeniu chorobowemu. Wypłacone świadczenie stało się nienależne na skutek decyzji z dnia 25 czerwca 2015 r. i treści wyroku wydanego w sprawie X U (...). Na skutek wydania wyroku przez Sąd w zakresie odwołania wnioskodawczynie od decyzji z dnia 25 czerwca 2015 r. organ rentowy dokonał ponownego przeliczenia konta ubezpieczeniowego J. L. – skutkiem dokonania tej operacji było wydanie przez ZUS zaskarżonej w niniejszym postępowaniu decyzji z dnia 29 maja 2017 r.

Sąd pierwszej instancji – powołując się na przepis art. 84 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (aktualnie jednolity tekst: Dz.U. z 2020 r., poz. 266) oraz art. 66 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (aktualnie jednolity tekst: Dz.U. z 2019 r., poz. 645 ze zm.; dalej również jako: ustawa zasiłkowa) – stwierdził, że w rozpatrywanej sprawie nie zaszły okoliczności dające organowi rentowemu podstawę do uznania, że pobrany przez ubezpieczoną zasiłek chorobowy - w okresach wskazanych w spornej decyzji - był

świadczeniem nienależnym. W czasie objętym odwołaniem J. L. pobierała zasiłek chorobowy nie mając świadomości, że nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu. Informacja dotycząca tej okoliczności powzięta została przez wnioskodawczynię dopiero po otrzymaniu decyzji ZUS z dnia 29 maja 2017 r. Organ rentowy, ponownie ustalając okresy podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, zakwestionował zasadność ich przyznania i wypłaty. Okoliczność ta, zdaniem Sądu nie może obecnie skutkować żądaniem zwrotu zasiłków chorobowych za sporne okresy. Nie można bowiem na obecnym etapie sprawy uznać, że wnioskodawczyni działała celowo i świadomie oraz że miała obowiązek przewidzieć taką sytuację. Nie doszło do spełnienia przesłanek z art. 84 ust. 2 ustawy systemowej - ubezpieczona w czasie pobierania świadczenia nie miała wiedzy o tym, że świadczenie to jest nienależne. Dopiero po wydaniu wyroku przez Sąd Rejonowy zmieniającego decyzję z dnia 25 czerwca 2015 r. i po ponownym przeliczeniu konta ubezpieczeniowego wnioskodawczyni organ rentowy wydał decyzję stwierdzającą spełnienie przesłanek z powołanego przepisu. W konsekwencji nie zaistniały podstawy do uznania, że kwota wypłacona tytułem zasiłku chorobowego podlega zwrotowi.

Sąd Okręgowy podzielił ocenę wyroku Sądu pierwszej instancji i uznał, że organ rentowy nie wykazał, aby zostały spełnione przesłanki ustawowe pozwalające uznać, że wnioskodawczyni jest obowiązana do zwrotu wypłaconych świadczeń z tytułu zasiłku chorobowego. Sąd drugiej instancji podkreślił, że organ rentowy nie wydał decyzji w zakresie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu przez wnioskodawczynię. Wnioskodawczyni – w momencie opłacania składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe oraz otrzymywania z tego tytułu świadczenia – nie mogła przypuszczać, że otrzymywane świadczenie stanie się nienależne. Opłacała ona składki w niższej wysokości, wynikającej z faktu pobierania zasiłku chorobowego, czyniąc to w dobrej wierze oraz nie mając świadomości, że w przyszłości zostanie wydana w stosunku do niej decyzja z dnia 25 czerwca 2015 r., a konsekwencją tego rozstrzygnięcia będzie kolejna decyzja z dnia 29 maja 2017 r. Brak jest po stronie wnioskodawczyni możliwości przypisania jej działania mającego cechy świadomego wprowadzania w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia. Działanie

wnioskodawczyni nie było także zawinione. Z treści art. 66 ust. 2 ustawy zasiłkowej wynika, że podstawą (przesłanką) żądania zwrotu wypłaconych świadczeń jest wina ubezpieczonego. Zatem orzeczenie rozstrzygające kwestię zwrotu świadczeń z ubezpieczenia społecznego na podstawie art. 66 ust. 2 ustawy zawierające rozstrzygnięcie o utracie prawa do tych świadczeń musi także wykazać, że na skutek działań bądź zaniechań ubezpieczonego doszło do nieuprawnionego przyznania świadczenia z ubezpieczenia społecznego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 listopada 2012 r., I UK 199/12, Legalis nr 666955). W przedmiotowej sprawie przesłanka winy po stronie ubezpieczonej nie została wykazana. Wypłacany zasiłek był należny w dniu jego wypłaty, a przesłanki świadczenia nienależnego powinny być spełnione w chwili pobierania tego świadczenia. Według Sądu drugiej instancji działanie wnioskodawczyni było niezawinione oraz nie miała ona na celu świadomego wprowadzenia w błąd organu rentowego w celu uzyskania świadczeń, do których nie miała prawa.

Ponadto, nawet przy założeniu, że świadczenia były wypłacane pomimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty w całości lub w części, nie ma możliwości uznania, że wnioskodawczyni obowiązana jest do ich zwrotu, ponieważ nie została pouczona o braku prawa do ich pobierania. Podstawowym warunkiem uznania, że wypłacone świadczenie podlega zwrotowi – zgodnie z art. 84 ust. 2 pkt 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych – jest brak prawa do świadczenia oraz posiadanie świadomości tego faktu przez osobę przyjmującą świadczenie w związku ze stosownym pouczeniem.

Sąd drugiej instancji zwrócił uwagę na nierówne traktowanie ubezpieczonych podlegających dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu wobec ubezpieczonych podlegających temu ubezpieczeniu obowiązkowo. Ta druga grupa podmiotów nigdy nie będzie narażona na tak daleko idące skutki pozbawienia zasiłku chorobowego, jak to jest z osobami ubezpieczonymi dobrowolnie. Zastosowanie regulacji określonej w art. 17 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa do osób ubezpieczonych dobrowolnie nie oznacza pozbawienia zasiłku za tylko jeden okres niezdolności do pracy. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, pozbawiając prawa do świadczenia w

oparciu o art. 17 ustawy zasiłkowej *de facto* dąży do podważenia całego okresu ubezpieczenia chorobowego i to często sięgając wiele lat wstecz. Oznacza to, że osoba podlegająca dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu nie może być nigdy pewna, czy nie zostanie zobowiązana do zwrotu zasiłku chorobowego za okresy, za które należnie go pobierała. Wystarczy zakwestionowanie tylko jednego, nawet kilkudniowego okresu zasiłkowego, aby „runął” cały system ubezpieczenia chorobowego tej osoby. Całkowicie inaczej sprawa wygląda wobec osób objętych obowiązkowym ubezpieczeniem chorobowym. W przypadku zakwestionowania jednego, bądź nawet kilku okresów niezdolności do pracy, zostają one pozbawione prawa do zasiłku chorobowego wyłącznie za te zakwestionowane okresy i w żaden dodatkowy sposób ich system ubezpieczenia chorobowego nie jest zagrożony.

Według Sądu Okręgowego wnioskodawczyni nie jest obowiązana do zwrotu wypłaconych świadczeń, gdyż 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 pomimo 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. Powyższe przesłanki nie zostały spełnione w chwili pobierania świadczenia przez wnioskodawczynię.

Powyższy wyrok Sądu Okręgowego ZUS zaskarżył skargą kasacyjną. W skardze – opartej na pierwszej podstawie kasacyjnej (art. 398³ § 1 pkt 1 k.p.c.) – zarzucono błędną wykładnię art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych przez pominięcie deklaratoryjnego charakteru decyzji organ rentowego z dnia 29 maja 2017 r. i w związku z powyższym, błędnego uznania, że świadomość pobrania nienależnego świadczenia zasiłkowego powstaje nie w dniu zgłoszenia wniosku o wypłatę tego świadczenia w sytuacji, gdy wnioskodawca nie podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu przez wymagany prawem okres (brak „okresu wyczekiwania”) ze względu na wcześniejsze nieprawidłowe wykorzystywanie zwolnienia lekarskiego i wypadnięcie z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, ale w dniu wydania, czy doręczenia decyzji

stwierdzającej powyższe, a może nawet dopiero w dniu jej uprawomocnienia się, a także pominięciu okoliczności, że powyższy przepis nie wymaga, aby osoba pobierająca świadczenie była pouczona o braku prawa do jego pobierania, ewentualnie niezastosowaniu powyższego przepisu.

Skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku przez oddalenie odwołania; ewentualnie - o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Okręgowemu w Ł. do ponownego rozpatrzenia.

W odpowiedzi na skargę kasacyjną wnioskodawczyni wniosła o oddalenie skargi kasacyjnej oraz o przyznanie (na rzecz pełnomocnika wnioskodawczyni) kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu kasacyjnym według norm przepisanych.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Z art. 84 ust. 2 ustawy systemowej wynika, że za kwoty nienależnie pobranych świadczeń uważa się: 1) świadczenia wypłacone mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty w całości lub w części, jeżeli osoba pobierająca świadczenie była pouczona o braku prawa do ich pobierania, oraz 2) świadczenia przyznane lub wypłacone na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzania w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia.

Kwestia zwrotu nienależnie pobranego świadczenia z ubezpieczenia chorobowego uregulowana została także w art. 66 ust. 2 ustawy zasiłkowej, zgodnie z którym 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. Przepis ten nie stanowi przepisu szczególnego w stosunku do art. 84 ustawy systemowej, bowiem żaden z przepisów ustawy zasiłkowej nie reguluje odmiennie niż art. 84 ust. 2 ustawy systemowej kwestii zwrotu nienależnie pobranych świadczeń. Innymi słowy, art. 66 ust. 2 ustawy zasiłkowej nie reguluje odmiennie okoliczności przemawiających za

uznaniem świadczenia za pobrane nienależnie niż czyni to art. 84 ust. 2 ustawy systemowej (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 17 stycznia 2012 r., I UK 194/11, LEX nr 1227962; z dnia 3 grudnia 2013 r., I UK 212/13, LEX nr 1641776; z dnia 19 lutego 2014 r., I UK 331/13, LEX nr 1446442).

Świadczenia z zakresu ubezpieczeń społecznych są przyznawane w drodze decyzji administracyjnych i wypłacane na ich podstawie. Oznacza to, że również świadczenia w myśl art. 84 ust. 1 i 2 ustawy systemowej uważane są za nienależne i podlegają zwrotowi dopiero, gdy organ rentowy wyda stosowną decyzję administracyjną. Istotną cechą nienależnie pobranego świadczenia z ubezpieczeń społecznych jest świadomość osoby pobierającej świadczenie, co do nieprzysługiwania jej prawa do tego świadczenia w całości lub w części od początku albo w następstwie mających miejsce później zdarzeń (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 grudnia 2019 r., I UK 285/18 i przywołane w nim orzecznictwo).

Podstawowym warunkiem uznania, że wypłacone świadczenie podlega zwrotowi w myśl art. 84 ust. 2 pkt 1 ustawy systemowej, jest po pierwsze, brak prawa do świadczenia oraz po drugie, świadomość tego osoby przyjmującej to świadczenie, płynąca ze stosownego pouczenia. Obie te przesłanki wystąpić muszą w trakcie pobierania świadczenia, a nie po zaprzestaniu jego wypłaty. Organ rentowy może domagać się zwrotu nienależnie pobranego świadczenia tylko wówczas, gdy ubezpieczonemu można przypisać złą wolę. Obowiązek zwrotu obciąża tylko tego, kto przyjął świadczenie w złej wierze wiedząc, że mu się nie należy, co dotyczy zarówno osoby, która została pouczona o okolicznościach, w jakich nie powinna pobierać świadczeń, jak też tej osoby, która uzyskała świadczenia na podstawie nieprawdziwych zeznań lub dokumentów, albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd instytucji ubezpieczeniowej. W prawie ubezpieczeń społecznych „świadczenie nienależnie pobrane”, to nie tylko „świadczenie nienależne” (obiektywnie, np. wypłacane bez podstawy prawnej), ale także „nienależnie pobrane”, a więc pobrane przez osobę, której można przypisać określone cechy dotyczące stanu świadomości (woli) lub określone działania (zaniechania).

Zaprobować też należy stanowisko Sądu Najwyższego wyrażone w wyroku z dnia 12 września 2018 r., III UK 124/17 (LEX nr 2549437), że nie jest wymagane uprzednie pouczenie o możliwości utraty pobranych zasiłków z przyczyn ustawowo określonych, między innymi, w art. 17 ustawy zasiłkowej, których wystąpienia nie można z góry zakładać ani przewidzieć.

Zdaniem obecnego składu Sądu Najwyższego należy też uwzględnić, że osoba prowadząca pozarolniczą działalność, która otrzymuje zwolnienie lekarskie dotyczące wykonywania takiej działalności, z istoty tego zwolnienia lekarskiego nie może wykonywać dalej działalności zarobkowej. Ta oczywista kwestia nie powinna wymagać specjalnego pouczenia.

Ubezpieczony, który prowadzi działalność gospodarczą w okresie orzeczonej niezdolności do pracy, świadomie wprowadza organ rentowy w błąd, co do istnienia podstawy wypłaty zasiłku chorobowego. Zasiłek chorobowy wypłacony takiemu ubezpieczonemu jest świadczeniem nienależnie pobranym (art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej). Stanowisko takie zawarte zostało również w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 11 września 2019, III UK 217/18 OSNP 2020 nr 10, poz. 112.

W tym kontekście należy przypomnieć, że prawomocnym wyrokiem z dnia 13 lipca 2016 r., sygn. akt X U (...), Sąd Rejonowy – Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Ł. (Sąd Okręgowy w Ł. wyrokiem z dnia 15 grudnia 2016 r. oddalił apelację organu rentowego) zmienił w części decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 25 czerwca 2015 r., nr sprawy (...), w ten sposób, że (między innymi) stwierdził brak podstaw do pozbawienia wnioskodawczynie prawa do zasiłków chorobowych za okresy od 21 stycznia 2013 r. do 3 lutego 2013 r. oraz od 18 marca 2013 r. do 1 kwietnia 2013 r. i zwolnił ją z obowiązku zwrotu tego świadczenia. Sąd równocześnie oddalił odwołanie w zakresie dotyczącym okresów od 29 lutego 2012 r. do 20 sierpnia 2012 r., od 5 listopada 2012 r. do 30 kwietnia 2013 r., od 2 września 2013 r. do 3 lutego 2014 r., od 29 maja 2014 r. do 31 grudnia 2014 r. W tych okresach wnioskodawczynie była czasowo niezdolna do pracy, korzystała z zasiłków chorobowych, jednak podpisała faktury zakupowe w łącznej ilości 10 sztuk, podpisała dokument kasowy, w którym podpisem potwierdziła przyjęcie gotówki, podpisała umowę z Urzędem Pracy o zorganizowanie stażu pracy oraz sporządziła dokumenty spisów z natury

przeprowadzonych przez wnioskodawczynię osobiście na koniec roku 2012 i 2013. W ocenie Sądu brak było podstaw do uznania, że podpisanie wymienionych dokumentów miało charakter incydentalny. Wnioskodawczyni praktycznie codziennie była na miejscu w prowadzonym przez siebie sklepie – przy udziale córki i syna sprawowała stały nadzór nad dwoma pracownikami, stażystami; sklep funkcjonował więc normalnie, generując przychód.

W tym kontekście należy zwrócić uwagę, że w myśl art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej ubezpieczony wykonujący w okresie orzeczonej niezdolności do pracy pracę zarobkową lub wykorzystujący zwolnienie od pracy w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia traci prawo do zasiłku chorobowego za cały okres tego zwolnienia. Ta podstawa prawna dotyczyła objętych wyrokiem z dnia 13 lipca 2016 r., sygn. akt X U (...) Sądu Rejonowy – Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Ł. okresów od 29 lutego 2012 r. do 20 sierpnia 2012 r., od 5 listopada 2012 r. do 30 kwietnia 2013 r., od 2 września 2013 r. do 3 lutego 2014 r., od 29 maja 2014 r. do 31 grudnia 2014 r.

Zdaniem Sądu Najwyższego ubezpieczony, który prawie codziennie przychodzi do swego miejsca pracy, podpisuje istotne dokumenty związane z funkcjonowaniem swej działalności gospodarczej, która nadal funkcjonuje przy pomocy zatrudnionych pracowników i członków rodziny, nie tylko traci prawo do zasiłku chorobowego za cały okres zwolnienia lekarskiego, ale musi się też liczyć z obowiązkiem zwrotu otrzymanego za ten okres zasiłku chorobowego.

W zaskarżonym wyroku ustalono, że przedmiotem zaskarżonej w niniejszym postępowaniu decyzji organu rentowego z dnia 29 maja 2017 r. jest zwrot wypłaconych zasiłków chorobowych za okresy: od 12 czerwca 2012 r. do 20 sierpnia 2012 r., od 5 listopada 2012 r. do 18 listopada 2012 r., od 2 stycznia 2013 r. do 20 stycznia 2013 r., od 4 lutego 2013 r. do 17 marca 2013 r., od 2 kwietnia 2013 r. do 29 kwietnia 2013 r., od 2 września 2013 r. do 29 września 2013 r. i od 21 stycznia 2014 r. do 3 lutego 2014 r.

Sąd Najwyższy uznał, że ubezpieczona wprowadziła organ rentowy w błąd co do okoliczności warunkujących prawo do zasiłku chorobowego, gdyż po przedłożeniu zaświadczenia lekarskiego i otrzymywania zasiłku chorobowego wykonywała w okresie objętym zwolnieniem lekarskim pracę zarobkową (art. 84

ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych w związku z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

Okresy wynikające z prawomocnego wyroku z 2016 r. oraz objęte decyzją ZUS z 2017 r. nie są jednak koherentne, częściowo się pokrywają i nie uwzględniają treści wyroku.

Prawomocny wyrok w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych jest wiążący w następnym postępowaniu, jeśli dotyczy tych samych stron, tego samego przedmiotu oraz tej samej podstawy prawnej (art. 366 k.p.c. oraz art. 365 § 1 k.p.c.). Wprawdzie w analizowanej sprawie nie doszło do nieważności postępowania, bowiem pierwsza decyzja z 2015 r. została wydana na podstawie art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej i art. 84 ustawy systemowej, a nowa decyzja ZUS z 2017 r. powołała się ponadto na art. 66 i art. 4 ustawy zasiłkowej, jednak wyrok z 2016 r. rozstrzygnął wiążąco kwestię zawinionego pobrania zasiłków chorobowych na podstawie art. 17 ustawy zasiłkowej. Kwestia ta wymaga wyjaśnienia w czasie ponownego rozpoznania sprawy.

W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 9 lutego 2017 r., II UK 699/15 (LEX nr 2255424) stwierdzono, że "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 organów rentowych lub odwoławczych, jest istnienie fałszywego wyobrażenia organu o stanie uprawnień wnioskodawcy, wywołanego na skutek świadomego zachowania osoby pobierającej świadczenie. Z orzeczeń Sądu Najwyższego wynika, że 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 powstania prawa do świadczenia oraz okoliczność domniemanego współdziałania wnioskodawcy z innymi podmiotami we wprowadzeniu w błąd organu rentowego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 stycznia 2019 r., III UK 11/18, OSNP 2019 nr 9, poz. 115 i przytoczone w nim orzecznictwo).

Ponieważ w zaskarżonym wyroku ustalono, że po wyłączeniu niektórych okresów pobierania zasiłków chorobowych powstały przerwy w dobrowolnym ubezpieczeniu chorobowym wnioskodawczynie, co pozbawiło ją prawa do zasiłków chorobowych między tymi okresami, zdaniem Sądu Najwyższego należy także wziąć pod uwagę treść art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej, zgodnie z którym ubezpieczony nabywa prawo do zasiłku chorobowego po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego - jeżeli jest ubezpieczony dobrowolnie. W myśl ust. 2 tego artykułu do okresów ubezpieczenia chorobowego, o których mowa w ust. 1, wlicza się poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego, jeżeli przerwa między nimi nie przekroczyła 30 dni lub była spowodowana urlopem wychowawczym, urlopem bezpłatnym albo odbywaniem czynnej służby wojskowej przez żołnierza niezawodowego.

Nabycie prawa do zasiłku chorobowego w myśl art. 4 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa uzależnione jest więc od przebycia w ubezpieczeniu chorobowym w sposób nieprzerwany tzw. okresu wyczekiwania (okresu karencji) określonego w art. 4 ust. 1 pkt 2 tej ustawy.

Przepis art. 84 ust. 1, 2 i 6 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych pozwala organowi rentowemu na dokonanie przeliczenia konta ubezpieczonego, z pominięciem kwot za okresy zasiłków chorobowych, które zostały wypłacone na skutek zawinionych działań ubezpieczonego. Na podstawie art. 49 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz w myśl § 11 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 kwietnia 2008 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczenia składek, do których poboru jest zobowiązany Zakład Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. Nr 78, poz. 465), organ rentowy mógł dokonać rozliczenia wpłat dokonanych przez płatnika składek na koncie płatnika. Decyzja wymiarowa ma charakter jedynie deklaratoryjny, określając zakres wynikającego z ustawy obowiązku.

Ponieważ rozstrzygnięcie Sądu Okręgowego kwestionowało konstytucyjność takiego unormowania przez zróżnicowanie sytuacji pracowników i przedsiębiorców, trzeba przywołać wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 16 listopada 2010 r., P 86/08, w którym orzeczono, że art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r.

o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2010 r. Nr 77, poz. 512), w brzmieniu obowiązującym do 31 grudnia 2008 r., w zakresie, w jakim dla osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, podlegających dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu, określa dłuższy niż dla osób podlegających obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu okres nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego wymagany do nabycia prawa do zasiłku chorobowego, jest zgodny z art. 32 ust. 1 oraz art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Trybunał wziął pod uwagę art. 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, który statuuje zasadę równego traktowania wszystkich ubezpieczonych bez względu na płeć, stan cywilny, stan rodzinny oraz to, że prawo do zasiłku chorobowego w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę ma umocowanie w art. 67 Konstytucji. Przepis ten w ust. 1 stanowi, że „obywatel ma prawo do zabezpieczenia społecznego w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę lub inwalidztwo oraz po osiągnięciu wieku emerytalnego. Zakres i formy zabezpieczenia społecznego określa ustawa”. Celem ustawy zasiłkowej jest zapewnienie środków finansowych ubezpieczonym, którzy w wyniku zaistnienia zdarzeń objętych ryzykiem ubezpieczenia chorobowego nie mogą uzyskiwać dochodu ze swojej działalności zarobkowej. Okoliczności, z którymi wiąże się prawo do zasiłku chorobowego, to: a) niezdolność do pracy z powodu choroby (art. 6 ust. 1 ustawy o świadczeniach) oraz b) niemożność wykonywania pracy w sytuacjach ustawowo określonych (art. 6 ust. 2 ustawy o świadczeniach). Zgodnie ze wskazanymi regulacjami zawartymi w ustawie o świadczeniach oraz w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą, które w okresie do 31 grudnia 2008 r. (tj. przed nowelizacją zakwestionowanego przepisu) złożyły wniosek o objęcie ich dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym i były jednocześnie objęte obowiązkowym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym (art. 11 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych) w sytuacjach określonych w art. 6 ustawy o świadczeniach (m.in. w wypadku niezdolności do pracy z powodu choroby) nabywały prawo do zasiłku chorobowego po upływie 180 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego. Osoby obowiązkowo podlegające ubezpieczeniu chorobowemu nabywały prawo do zasiłku chorobowego w przypadku wystąpienia

tych samych okoliczności (w tym: niezdolności do pracy z powodu choroby, art. 6 ustawy o świadczeniach) po upływie sześciokrotnie krótszego terminu - tj. 30 dni nieprzerwanego ubezpieczenia.

Biorąc pod uwagę podobieństwo obu kategorii ubezpieczonych ze względu na wspólną cechę relewantną (status ubezpieczonego), jak też występujące między nimi różnice, potrzebę zapewnienia właściwej korelacji pomiędzy wpływami ze składek a wypłatami z zasiłku w obrębie porównywanych kategorii, a nadto wskazane okoliczności wynikające z wymogu orzekania w granicach pytania prawnego, Trybunał Konstytucyjny uznał art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach - w brzmieniu obowiązującym do 31 grudnia 2008 r. oraz w zakresie, w jakim dla osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, podlegających dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu, określa dłuższy niż dla osób podlegających obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu okres nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego wymagany do nabycia prawa do zasiłku chorobowego - za zgodny z art. 2 i art. 32 ust. 1 Konstytucji.

Sąd Najwyższy uznał, że również po skróceniu wymienionego wyżej ustawowego okresu karencji ze 180 dni do 90 dni, nie można stwierdzić wadliwości konstytucyjnej tego unormowania.

W uzasadnieniu zaskarżonego wyroku nie przedstawiono precyzyjnie, po wyłączeniu których okresów konieczne było opłacanie składek przez 90 dni (wliczając poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego, jeżeli przerwa między nimi nie przekroczyła 30 dni), aby uzyskać prawo do zasiłku chorobowego. W ocenie Sądu Najwyższego zasiłek chorobowy wypłacony za okres karencji nieprzerwanego opłacania składek przez 90 dni (wliczając poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego, jeżeli przerwa między nimi nie przekroczyła 30 dni) był świadczeniem nienależnym (wypłaconym bez podstawy prawnej), jeśli poprzedzał go okres zwolnienia lekarskiego, w którym ubezpieczony wykonywał czynności zarobkowe; w takiej sytuacji jest on zobowiązany również do zwrotu zasiłku chorobowego za okres karencji na podstawie art. 84 ust. 2 pkt 1 ustawy systemowej.

Co do kwestii braku pełnego rozeznania sytuacji prawnej wnioskodawczyni oraz długiego okresu karencji w nabyciu prawa przez osoby prowadzące

pozarolniczą działalność w kontekście skutków zwrotu zasiłków chorobowych, które mogłyby spowodować nieproporcjonalnie negatywne dla wnioskodawczynie konsekwencje, należy wziąć pod uwagę, że decyzja ZUS została wywołana przez zawinione działanie wnioskodawczynie. Rozważając zasadę proporcjonalności w określeniu, czy ciężar poniesiony przez skarżącą nie był nadmierny, należy wziąć pod uwagę art. 84 ust. 8 pkt 1 ustawy systemowej, zgodnie z którym ZUS może odstąpić od żądania zwrotu należności z tytułu nienależnie pobranych świadczeń w całości lub w części, odroczyć termin ich płatności albo rozłożyć je na raty, jeżeli zachodzą szczególnie uzasadnione okoliczności.

Odmienna wykładnia konstytucyjna i aksjologiczna przyjęta w zaskarżonym wyroku nie zasługuje na aprobatę, wobec czego Sąd Najwyższy orzekł jak w sentencji (art. 398¹⁵ § 1 k.p.c. i art. 398²¹ w związku z art. 108 § 2 k.p.c.).