

POSTANOWIENIE

Dnia 13 lutego 2024 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Dawid Miąsik

w sprawie z odwołania D. R.
przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w Koszalinie
o zwrot nienależnie pobranych świadczeń,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń
Społecznych w dniu 13 lutego 2024 r.,
skargi kasacyjnej ubezpieczonej od wyroku Sądu Okręgowego - Sądu Pracy
i Ubezpieczeń Społecznych w Koszalinie
z dnia 29 listopada 2022 r., sygn. akt IV Ua 5/22,

odmawia przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania.

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Koszalinie (organ rentowy) decyzją z 28 lutego 2019 r. stwierdził, że D. R. (odwołująca się) jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą nie podlega od dnia 14 września 2015 r. do 11 października 2018 r. obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu oraz dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu.

Decyzją z 24 kwietnia 2019 r. nr [...] organ rentowy zobowiązał D. R. do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego i zasiłku macierzyńskiego wraz z odsetkami w łącznej wysokości 286.319,84 zł. Na ustaloną kwotę składały się: należność główna w kwocie 252.347,76 zł z funduszu chorobowego za okres od 15

grudnia 2015 r. do 11 października 2018 r. oraz odsetki w kwocie 33.972,08 zł. Decyzją z 5 czerwca 2019 r. organ rentowy zmienił decyzję z dnia 24 kwietnia 2019 r. w ten sposób, że stwierdził, iż odwołująca się nie ma obowiązku zapłaty odsetek w kwocie 33.972,08 zł wyliczonych na dzień wydania decyzji. ZUS stwierdził, że odsetki liczone będą od następnego dnia po doręczeniu zaskarżonej decyzji, tj. od 26 kwietnia 2019 r. do dnia zapłaty.

Sąd Okręgowy w Koszalinie wyrokiem z 20 września 2019 r., IV U 297/19 oddalił odwołanie D. R. od decyzji z 28 lutego 2019 r. Sąd Apelacyjny w Szczecinie wyrokiem z 28 stycznia 2020 r., III AUa418/19 oddalił apelację odwołującej się od wyroku Sądu Okręgowego w Koszalinie.

Sąd Rejonowy w Koszalinie wyrokiem z 18 maja 2020 r., oddalił odwołanie ubezpieczonej D. R. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w Koszalinie z dnia 24 kwietnia 2019 r. oraz 5 czerwca 2019 r. Sąd Okręgowy w Koszalinie, wyrokiem z 19 listopada 2020 r., IV Ua 8/20 uchylił zaskarżony apelacją odwołującej się wyrok Sądu Rejonowego i zniósł postępowanie poczynawszy od wydania przez Sąd pierwszej instancji wyroku na posiedzeniu niejawnym i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania Sądowi Rejonowemu w Koszalinie.

Postanowieniem z 21 czerwca 2021 r. Sąd Rejonowy w Koszalinie podjął zawieszone w sprawie postępowanie (prowadzone pod nową sygnaturą IV U 352/20). Sąd Rejonowy w Koszalinie wyrokiem z 25 marca 2022 r., IV U 352/20 oddalił odwołanie.

Rozstrzygnięcie zapadło w wyniku poczynienia następujących ustaleń. D. R. w dniu 14 września 2015 r. dokonała wpisu do ewidencji działalności gospodarczej, której przedmiotem miała być sprzedaż detaliczna prowadzona przez Internet lub domy sprzedaży wysyłkowej. W chwili zarejestrowania działalności gospodarczej D. R. była w trzecim miesiącu ciąży, o czym wówczas wiedziała. Odwołująca się zgłosiła się do obowiązkowego ubezpieczenia społecznego i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą deklarując najwyższą podstawę wymiaru składki na ubezpieczenia społeczne i dobrowolne ubezpieczenie chorobowe.

Podstawą rozstrzygnięcia Sądu Okręgowego było ustalenie, że odwołująca się nie wykazała obiektywnie rzeczywistego prowadzenia działalności gospodarczej

w rozumieniu przepisów ustawy z 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, a czynności przez nią wykonywane mające być uznane za prowadzenie działalności, były jedynie pozorne i miały na celu uwiarygodnienie wykonywania działalności na potrzeby uzyskania świadczeń z ubezpieczeń społecznych. Dalszą konsekwencją tak poczynionych przez Sąd Okręgowy ustaleń było uznanie, że skoro działania odwołującej się nosiły cechy pozorowania prowadzenia działalności gospodarczej w celu uzyskania świadczeń z ubezpieczenia społecznego, to w tych okolicznościach nie można mówić o braku świadomości, że pobrała nienależne świadczenia z ubezpieczenia chorobowego.

Sąd Rejonowy uznał, że działanie odwołującej się polegające na podpisaniu umowy najmu pomieszczenia z przyszłym teściem, zawarcie umowy darowizny środków pieniężnych z przyszłym mężem, zakup towaru w postaci ręczników, pościeli i prześcieradeł na niewielkie kwoty - nie stanowiło dowodu na to, że miała ona zamiar prowadzenia działalności w sposób zorganizowany, ciągły i zarobkowy oraz działała w dobrej wierze, wręcz przeciwnie, sekwencja zdarzeń ukazuje, że od początku działała w sposób przemyślany i wyrachowany z nastawieniem na uzyskanie tytułu do wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Skoro ubezpieczona podejmowała czynności organizacyjne oraz formalnoprawne jedynie celem upozorowania prowadzenia działalności i jednocześnie w trakcie korzystania ze zwolnień lekarskich pobierała zasiłki z ubezpieczenia społecznego, nie sposób uznać, aby nie działała w sposób świadomy i przemyślany w celu uzyskania nienależnych świadczeń.

Sąd Rejonowy nie dał wiary twierdzeniom odwołującej się, że pozostawała w usprawiedliwionym przekonaniu, iż świadczenia są jej należne, bowiem taki stan świadomości opierała na piśmie organu rentowego z 26 lutego 2016 r. Pismo, nie będące decyzją, nie miało mocy wiążącej z racji prawomocności rozstrzygnięcia i nie pozbawiało organu rentowego możliwości ponownego zbadania sprawy w 2018 r. w związku z kontynuowaniem prowadzenia działalności gospodarczej w kolejnych latach. Sąd Rejonowy stwierdził, że zgłoszona przez odwołującą się działalność gospodarcza od początku miała charakter pozorny, a jej celem było wyłącznie uzyskanie świadczeń na wypadek ciąży i macierzyństwa. W ocenie Sądu odwołująca się w pełni świadomie wprowadziła w błąd organ rentowy żądając od

niego wypłaty świadczeń w związku z faktycznym brakiem istnienia tytułu do objęcia jej ubezpieczeniem chorobowym. W konsekwencji jest ona zobowiązana do zwrotu nienależnie wypłaconego świadczenia.

Sąd Okręgowy w Koszalinie wyrokiem z 29 listopada 2022 r., IV Ua 5/22 oddalił apelację odwołującej wniesioną od powyższego wyroku Sądu Rejonowego.

Sąd Okręgowy stwierdził, że Sąd pierwszej instancji nie naruszył art. 84 ust. 2 pkt 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych z dnia 13 października 1998 r. W ocenie Sądu Okręgowego odwołująca się rejestrując działalność gospodarczą działała ze świadomością braku woli jej wykonywania, pozyskiwania klientów, uzyskiwania dochodów pozwalających na opłacenie danin publicznych i utrzymanie działalności gospodarczej. Jak wykazało przeprowadzone postępowanie dowodowe (także w postępowaniu prowadzonym w sprawie o podleganie ubezpieczeniom społecznym z tytułu działalności gospodarczej) odwołująca się instrumentalnie wykorzystwała przepisy ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, by uzyskać następnie prawo do wysokich świadczeń z systemu ubezpieczenia społecznego. Była również pouczona o okolicznościach, kiedy dane świadczenie nie będzie jej przysługiwać. Odwołująca się działała świadomie w celu wykreowania fałszywego przekonania po stronie organu, że faktycznie prowadzi działalność, zamierza ją prowadzić, tak aby doprowadzić organ do podjęcia wypłaty zasiłków chorobowych i macierzyńskich.

W ocenie Sądu Okręgowego świadomość działania istniała u odwołującej od początku rejestracji działalności gospodarczej. Wszelkie działania z nią związane miały charakter iluzoryczny, ubezpieczona środki na składki pozyskała od męża, urnowy gospodarcze zawierała z przyszłym teściem. Żaden racjonalny przedsiębiorca, rozpoczynający działalność na rynku, wiedząc, że z przychodów z działalności musi opłacić wszelkie daniny publicznoprawne i jeszcze uzyskać zysk rentowny z działalności, nie ustala najwyższej możliwej podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe, chyba, że właśnie zamierza instrumentalnie wykorzystać przepisy ustawy systemowej i uzyskać prawo do wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego, mimo, że nie ma żadnej woli faktycznego prowadzenia działalności gospodarczej. Sąd Okręgowy wskazał, że organ rentowy

ma prawo weryfikować wstecznie tytuł do ubezpieczeń społecznych i zadeklarowaną podstawę wymiaru składki.

Sąd Okręgowy stwierdził, że fakt, iż organ rentowy zanim wydał decyzję o wyłączeniu z ubezpieczenia społecznego, pismem z dnia 26 lutego 2016 r. poinformował odwołującą się, że na tamten moment nie kwestionuje jej podlegania do ubezpieczeń społecznych, nie oznaczał, że organ ten nie może już później tej kwestii zbadać. Pismo to nie stanowiło decyzji administracyjnej władczo rozstrzygającej o kwestii podlegania do ubezpieczeń społecznych. Składanie wniosku o zasiłek oznacza, że przedsiębiorca potwierdza, że podlega ubezpieczeniu i że taki status posiada, tj. niewątpliwie wykonuje działalność gospodarczą, bądź też przejawia wolę jej kontynuacji, prowadząc działania zmierzające do jej kontynuowania. Organ rentowy na dany moment wypłaty z winy odwołującej się nie miał pełnego obrazu jej motywacji i faktycznej sytuacji. Fakt, że w niniejszej sprawie organ rentowy najpierw wypłacił świadczenia z ubezpieczenia chorobowego, nie oznaczał, że nie możliwe stało się kontrolowanie później tego, czy zostały one wypłacone należnie, czy też nie.

Skargę kasacyjną od wyroku Sądu Okręgowego złożyła odwołująca się zaskarżając wyrok ten w całości wnosząc o uchylenie zaskarżonego wyroku i orzeczenie co do istoty sprawy przez uwzględnienie odwołania od decyzji organu rentowego z 28 lutego 2019 r. oraz zasądzenie kosztów postępowania kasacyjnego według norm przepisanych.

We wniosku o przyjęcie skargi kasacyjnej do rozpoznania skarżąca podniosła, że skarga kasacyjna jest oczywiście uzasadniona, ponieważ Sąd drugiej instancji błędnie interpretuje przepisy prawa materialnego, a mianowicie art. 84 ust. 2, pkt 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Sąd Okręgowy niesłusznie uznał, iż pomimo niepouczenia odwołującej się przez organ rentowy o braku prawa do pobierania spornych świadczeń oraz pomimo wielokrotnego potwierdzania przez organ rentowy w trakcie wypłacania świadczeń, że te świadczenia jej przysługują - zdaniem Sądu drugiej instancji i tak skarżąca musi zwrócić wypłacane jej środki.

Oczywistą zasadność skargi skarżąca wywodzi także z tego, że błędnie Sąd drugiej instancji odmówił zastosowania w niniejszym postępowaniu art. 84 ust. 8,

pkt 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Sąd drugiej instancji uznał, że przepis ten nie ma zastosowania w niniejszej sprawie sugerując, iż podnoszona przez odwołującą się kwestia zaniedbania ustawowych obowiązków przez organ rentowy, wynikających między innymi z niezastosowania przez organ rentowy zasad postępowania określonych w kodeksie postępowania administracyjnego zdaniem Sądu drugiej instancji może być rozpatrzona w odrębnym postępowaniu. Skarżąca podniosła, że organ rentowy może odstąpić od żądania zwrotu należności z tytułu nienależnie pobranych świadczeń w całości jeżeli zachodzą szczególnie uzasadnione okoliczności, którym w jej ocenie w niniejszej sprawie są oczywiste i powtarzające się zaniedbania ze strony organu rentowego.

Ponadto oczywistą zasadność skargi skarżąca wywodzi z rażącego naruszenia przez Sąd drugiej instancji art. 2 Konstytucji RP oraz art. 45 ust. 1 Konstytucji RP. Z nieprawdziwe sugerowanie przez Sąd drugiej instancji, iż pismo organu rentowego z 26 lutego 2016 r. rzekomo nie miało waloru formalnego, w świetle jednoznacznych oficjalnych zapewnień dwójki radców prawnych reprezentujących organ rentowy, trudno zakwalifikować jako wypełnienie przez w/w Sąd wymogu praworządności i trudno zaliczyć do sprawiedliwego rozpatrzenia sprawy.

Skarżąca podniosła, że przede wszystkim zaskarżony wyrok Sądu drugiej instancji pozostaje w istotnej sprzeczności z dotychczasowym orzecnictwem Sądu Najwyższego w tego typu sprawach (przykładowo wyrok Sądu Najwyższego z 5 grudnia 2018 r., III UK 193/17), co może prowadzić do dezorientacji obywateli i może służyć organowi rentowemu do poszerzania zakresu jego ustawowych zaniedbań, a co w takim przypadku może wymagać wykładni przepisów prawa wskazanych w zarzutach niniejszej skargi kasacyjnej.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna nie kwalifikowała się do przyjęcia celem jej merytorycznego rozpoznania.

Zgodnie z art. 398⁹ § 1 k.p.c., Sąd Najwyższy przyjmuje skargę kasacyjną do rozpoznania, gdy w sprawie występuje istotne zagadnienie prawne, istnieje potrzeba wykładni przepisów prawnych budzących poważne wątpliwości lub

wywołujących rozbieżności w orzecznictwie sądów, zachodzi nieważność postępowania lub skarga kasacyjna jest oczywiście uzasadniona.

Skarga jest oczywiście uzasadniona, jeżeli zaskarżone tą skargą orzeczenie zapadło wskutek oczywistego naruszenia prawa, zaś oczywiste naruszenie prawa powinno być rozumiane jako widoczna, bez potrzeby dokonywania pogłębionej analizy jurydycznej, sprzeczność wykładni lub stosowania prawa z jego brzmieniem albo powszechnie przyjętymi regułami interpretacji (por. postanowienie Sądu Najwyższego z 26 lutego 2001 r., I PKN 15/01, OSNAPiUS 2002 nr 20, poz. 494 oraz z 17 października 2001 r., I PKN 157/01, OSNP 2003 nr 18, poz. 437). Oczywiste naruszenie prawa jest możliwe do przyjęcia tylko wówczas, gdy jest ono z góry widoczne dla każdego prawnika, bez potrzeby głębszej analizy prawniczej, gdy jest zupełnie pewne i nie może ulegać żadnej wątpliwości, gdy podniesione zarzuty naruszenia wskazanych przepisów są zasadne *prima facie*, bez dokonywania głębszej analizy tekstu tych przepisów i bez doszukiwania się ich znaczenia (por. postanowienie Sądu Najwyższego z 21 maja 2008 r., I UK 11/08, LEX nr 491538), gdy orzeczenie jest niewątpliwie sprzeczne z zasadniczymi i niepodlegającymi różnej wykładni przepisami prawa (por. orzeczenie Sądu Najwyższego z 30 stycznia 1963 r., II CZ 3/63, OSPiKA 1963 nr 11, poz. 286).

Zdaniem Sądu Najwyższego, wbrew twierdzeniom skarżącej, zaskarżonemu wyrokowi nie sposób postawić zarzutów oczywistego, tj. kwalifikowanego naruszenia podstaw skargi kasacyjnej, które byłyby widoczne od razu bez wnikania w szczegóły sprawy i bez potrzeby szczegółowej analizy prawnej lub prawniczej i wskazywałyby na oczywistą zasadność wniesionej skargi kasacyjnej. Wskazane przez skarżącą w ramach podnoszonych w celu uzasadnienia występującej przesłanki oczywistej zasadności skargi kasacyjnej argumenty, nie korespondują z ustaleniami poczynionymi przez Sądy *meriti*. Sąd Rejonowy oraz Sąd Okręgowy potwierdziły bowiem, że odwołująca się - rejestrując działalność gospodarczą - działała ze świadomością braku woli jej wykonywania, pozyskiwania klientów, uzyskiwania dochodów pozwalających na opłacenie danin publicznych i utrzymanie działalności gospodarczej, a przeprowadzone postępowanie wykazało, że odwołująca się instrumentalnie wykorzystwała przepisy ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, by uzyskać następnie prawo do wysokich świadczeń z

systemu ubezpieczenia społecznego. Sąd Okręgowy stwierdził ponadto, że odwołująca się była pouczona o okolicznościach, kiedy dane świadczenie nie będzie jej przysługiwać, jednak pomimo to działała świadomie w celu wykreowania fałszywego przekonania po stronie organu, że faktycznie prowadzi działalność, zamierza ją prowadzić, tak aby doprowadzić organ do podjęcia wypłaty zasiłków chorobowych i macierzyńskich. Sąd Okręgowy wskazał, że organ rentowy ma prawo weryfikować wstecznie tytuł do ubezpieczeń społecznych i zadeklarowaną podstawę wymiaru składki. Sąd Okręgowy odniósł się do powoływanego pisma organu rentowego z 26 lutego 2016 r., w którym organ ten poinformował odwołującą się, że na tamten moment nie kwestionuje jej podlegania do ubezpieczeń społecznych, co jednak nie oznaczało, że organ ten nie może tej kwestii zbadać. Powołane pismo organu rentowego nie stanowiło decyzji administracyjnej władczo rozstrzygającej o kwestii podlegania do ubezpieczeń społecznych.

Odnosząc się do drugiej ze wskazanych w uzasadnieniu wniosku o przyjęcie skargi kasacyjnej do rozpoznania przesłanki - potrzeby wykładni przepisów prawnych, to należy stwierdzić, że nie zostały przedstawione argumenty przekonujące o tym, że skarga powinna zostać przyjęta do rozpoznania przez Sąd Najwyższy. Przede wszystkim skarżąca nie wskazała potrzeby wykładni jakich przepisów się domaga, nie wskazała, na czym jej zdaniem polegają poważne wątpliwości ani nie przedstawiła rozbieżności występujących w orzecznictwie sądów. Potrzeba wykładni przepisów prawnych występuje, jeżeli co do konkretnego przepisu prawnego brak jednolitej lub utrwalonej judykatury, zwłaszcza judykatury Sądu Najwyższego albo też przyjęta i dominująca wykładnia jest oczywiście błędna lub kontrowersyjna. Skarżący powinien bądź to wskazać argumentację przemawiającą za zmianą dotychczasowej wykładni, bądź też wykazać, że dany przepis prawny, chociaż budzi poważne wątpliwości, nie doczekał się wyjaśnienia i powinien zostać zinterpretowany przez Sąd Najwyższy. Inaczej rzecz ujmując, potrzeba wykładni przepisu budzącego poważne wątpliwości lub wywołującego rozbieżności w orzecznictwie sądów (art. 398⁹ § 1 pkt 2 k.p.c.) zachodzi wtedy, kiedy jego niejednolita wykładnia wywołuje wyraźnie wskazane przez skarżącego rozbieżności w orzecznictwie bądź kiedy przepis ten nie doczekał się wykładni w

kierunku wskazywanym przez skarżącego (postanowienia Sądu Najwyższego: z 13 czerwca 2008 r., III CSK 104/08, LEX nr 42436; z 15 października 2002 r., II CZ 102/02, LEX nr 57231).

Skarżąca powołując się na przesłankę potrzeby wykładni, powołała się wyłącznie na przykład wyroku Sądu Najwyższego z 5 grudnia 2018 r., III UK 193/17 (LEX nr 2587104), którego uzasadnienie stałą się podstawę zasadniczych wywodów skargi kasacyjnej. Tymczasem wymaga wyjaśnienia, że wyrok Sądu Najwyższego z 5 grudnia 2018 r., III UK 193/17 został wydany w całkowicie odmiennym stanie faktycznym. Rozpoznawana sprawa dotyczyła negocjowania legalności pracowniczego zatrudniania wspólników wieloosobowych lub wielopodmiotowych spółek z o.o. na stanowiskach członków zarządu. Przytoczone przez skarżącą w niniejszej sprawie stanowisko Sądu Najwyższego, iż „odwrócona kolejność polegająca na uprzednim uznaniu spornego tytułu podlegania ubezpieczeniom społecznym osoby, której pozwany organ rentowy wypłacił wysokie świadczenia z pracowniczych ubezpieczeń społecznych, nie stanowi uzasadnionej podstawy zakwestionowania wypłaconych świadczeń jako świadczeń nienależnych w rozumieniu art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych” nie ma uniwersalnego charakteru, w tym znaczeniu, że nie znajduje prostego zastosowania w sprawie będącej przedmiotem zaskarżonego wyroku. W powołanym przez skarżącą wyroku z 5 grudnia 2018 r. Sąd Najwyższy wskazał wyraźnie, że w rozpoznawanej sprawie świadczenia z tytułu spornych ubezpieczeń zostały wypłacone w okolicznościach, których utrwalona judykatura nie traktuje jako „świadome wprowadzenie w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia”. Stwierdzenie to dotyczyło założenia, że co do zasady nie można negować legalności pracowniczego zatrudniania wspólników wieloosobowych lub wielopodmiotowych spółek z o.o. na stanowiskach członków zarządu, ponieważ pracownicy zarządzający w imieniu pracodawcy zakładami pracy mogą korzystać z pracowniczego statusu kierowniczego, z ograniczeniami, o których stanowią regulacje ustawowe lub niesprzeczne z nimi regulacje zakładowe. Co więcej w sprawie tej Sąd Najwyższy zauważył, że Sąd drugiej instancji podzielił ocenę o braku fikcyjności lub pozorności spornego zatrudnienia.

W sprawie będącej przedmiotem niniejszego postępowania okoliczności faktyczne, ustalone przez sądy *meriti*, przedstawiają się odmiennie. Sąd Okręgowy przychylił się do stanowiska Sądu Rejonowego, że odwołująca się w spornym okresie nie prowadziła działalności gospodarczej, a podejmowane przez nią działania służyły do stworzenia pozoru jej prowadzenia. W tym kontekście, biorąc pod uwagę dalszą argumentację skarżącej, należy ocenić, czy w myśl art. 84 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, wypłacone jej świadczenia stanowić mogą w istocie świadczenia nienależnie pobrane. W orzecznictwie Sądu Najwyższego, dotyczącym problematyki zwrotu nienależnie pobranych świadczeń przyjmuje się, że organ rentowy może domagać się zwrotu nienależnie pobranego świadczenia tylko wówczas, gdy ubezpieczonemu można przypisać złą wolę. Obowiązek zwrotu obciąża tylko tego, kto przyjął świadczenie w złej wierze wiedząc, że mu się nie należy, co dotyczy zarówno osoby, która została pouczona o okolicznościach w jakich nie powinna pobierać świadczeń, jak też tej osoby, która uzyskała świadczenia na podstawie nieprawdziwych zeznań lub dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd instytucji ubezpieczeniowej (por. wyrok Sądu Najwyższego z 2 grudnia 2009 r., I UK 174/09, LEX nr 585709). Świadomym wprowadzeniem w błąd jest umyślne działanie świadczeniobiorcy, które ma postać zamiaru bezpośredniego lub zamiaru ewentualnego. Zakreśla się szeroko ramy zachowań kwalifikowanych jako świadome wprowadzenie w błąd organu rentowego lub odwoławczego. Zalicza się do nich zarówno bezpośrednie oświadczenie nieprawdy we wniosku o świadczenie, jak i przemilczenie przez wnioskodawcę faktu mającego wpływ na prawo do świadczenia, złożenie wniosku w sytuacji oczywiście nieuzasadniającej powstania prawa do świadczenia oraz okoliczność domniemanego współdziałania wnioskodawcy z innymi podmiotami we wprowadzeniu w błąd organu rentowego (wyrok Sądu Najwyższego z 11 września 2019 r., III UK 217/18, OSNP 2020 nr 10, poz. 112).

W przypadku rozważania odpowiedzialności ubezpieczonej z art. 84 ust. 2 pkt 1 lub pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych niezbędne jest wykazanie braku prawa do świadczenia i świadomości, że świadczenie było nienależne. Obie przesłanki muszą wystąpić już w trakcie pobierania świadczenia,

a nie po zaprzestaniu jego wypłaty. Innymi słowy, jeśli w trakcie pobierania świadczenia jest ono „należne”, a okoliczności wyłączające prawo do niego, w konsekwencji również wiedza o tym świadczeniobiorcy, wystąpiły post factum, to nie ma podstaw do uznania, iż należności wypłacone podlegają zwrotowi na podstawie art. 84 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (wyrok Sądu Najwyższego z 2 października 2018 r., I UK 248/17, OSNP 2019 nr 4, poz. 53, postanowienie Sądu Najwyższego z 30 listopada 2021 r., II USK 394/21, LEX nr 3527344.). Zauważyć należy, że istnienie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nie przesądza o faktycznym prowadzeniu tej działalności, ale prowadzi do domniemania prawnego (art. 234 k.p.c.), według którego osoba wpisana do ewidencji jest traktowana jako prowadząca działalność gospodarczą. Domniemanie takie może być obalone, ale wymaga to przeprowadzenia przeciwdowodu (wyrok Sądu Najwyższego z 13 lipca 2011 r., I UK 11/11, LEX nr 1043978.). W rozpoznawanej sprawie Sądy *meriti* uznały, że prowadzenie działalności gospodarczej było przez odwołującą się pozorowane i miała świadomość nienależnego jej świadczenia od początku rejestracji działalności gospodarczej, ponieważ wszelkie działania z nią związane miały charakter iluzoryczny, (ubezpieczona środki na składki pozyskała od męża, umowy gospodarcze zawierała z przyszłym teściem). Ustaliła przy tym najwyższą możliwą podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe.

Sposób motywowania przez skarżącą powołanych przesłanek przedsądu sprowadza się zatem głównie do polemiki z poczynionymi przez Sąd ustaleniami faktycznymi. Tymczasem w myśl art. 398³ § 3 k.p.c. oraz art. 398¹³ § 2 k.p.c., podstawą skargi kasacyjnej nie mogą być zarzuty dotyczące ustalania faktów lub oceny dowodów, a Sąd Najwyższy związany jest ustaleniami faktycznymi stanowiącymi podstawę zaskarżonego orzeczenia.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Najwyższy orzekł jak w sentencji.

[SOP]

[ms]

