

POSTANOWIENIE

Dnia 7 maja 2026 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Piotr Prusinowski

w sprawie z odwołania K.W.
od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Lublinie
o prawo do zasiłku chorobowego i macierzyńskiego oraz zwrot świadczenia
z odsetkami,
na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń Społecznych
w dniu 7 maja 2026 r.,
na skutek skargi kasacyjnej odwołującej się od wyroku Sądu Okręgowego
w Lublinie z dnia 23 maja 2025 r., sygn. akt VIII Ua 55/24,

- I. odmawia przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania;**
- II. zasądza od odwołującej się na rzecz organu rentowego
240 zł (dwieście czterdzieści) z odsetkami z art. 98 § 1¹ k.p.c.
tytułem zwrotu kosztów postępowania kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

Sąd Rejonowy Lublin-Zachód w Lublinie, wyrokiem z dnia 28 maja 2024 r., po rozpatrzeniu sprawy z wniosku K.W. przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w Lublinie o zasiłek chorobowy i zasiłek macierzyński oraz zwrot świadczeń wraz z odsetkami: w punkcie I umorzył postępowanie w zakresie żądania ustalenia prawa do zasiłku chorobowego i zasiłku macierzyńskiego, w punkcie II w pozostałej części odwołanie oddalił, w punkcie III nie obciążył K.W. kosztami procesu.

Sąd Rejonowy ustalił, że dnia 1 stycznia 2010 r. wnioskodawczyni rozpoczęła działalność gospodarczą. Działalność ta została jednak zawieszona z dniem 1 stycznia 2012 r. i wznowiono ją dopiero w dniu 7 lutego 2013 r. Wówczas za luty i marzec ubezpieczona opłaciła składkę od najwyższej podstawy wymiaru, a już dnia 26 marca 2013 r. urodziła dziecko i do dnia 24 marca 2014 r. pobierała zasiłek macierzyński. Następnie od dnia 25 marca do dnia 22 września 2014 r. odwołująca się korzystała ze zwolnienia lekarskiego. Od dnia 9 października 2014 r. do dnia 6 czerwca 2015 r. wnioskodawczyni była ponownie niezdolna do pracy z powodu ciąży i pobierała zasiłek chorobowy. Dnia 7 czerwca 2015 r. urodziła dziecko i do dnia 4 czerwca 2016 r. pobierała zasiłek macierzyński, a od dnia 5 czerwca do dnia 3 grudnia 2016 r. była ponownie niezdolna do pracy. Powyższa sytuacja została następnie powielona, bowiem od dnia 17 marca do dnia 19 października 2017 r. ubezpieczona była niezdolna do pracy, będąc w kolejnej ciąży, korzystając ze zwolnienia lekarskiego i pobierając zasiłek chorobowy, a po urodzeniu dziecka w dniu 20 października 2017 r. do dnia 18 października 2018 r. otrzymywała zasiłek macierzyński. Natomiast w okresie od dnia 22 października 2018 r. do dnia 21 kwietnia 2019 r. ponownie była niezdolna do pracy z powodu choroby i przedstawiała Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych kolejne zwolnienia lekarskie z wnioskami o wypłatę zasiłku chorobowego.

W sprawie o podleganie ubezpieczeniom społecznym sądy obydwu instancji zgodnie uznały, że działalność wnioskodawczyni faktycznie nie była prowadzona i utrzymywana jedynie w celu osiągnięcia świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Ostatecznie jednak Sąd Apelacyjny w Lublinie jako datę graniczną przyjął dzień 22 września 2014 r.

W konsekwencji Sąd Rejonowy w niniejszej sprawie ustalił, że skoro wnioskodawczyni od dnia 23 września 2014 r. nie podlegała ubezpieczeniom społecznym, w tym dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, nie przysługuje jej zasiłek chorobowy za okresy niezdolności do pracy przypadające na czas począwszy od tej daty, nie ma też prawa do innych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, w tym zasiłku macierzyńskiego za okresy przypadające po tej dacie. Analizując zgromadzony materiał dowodowy, Sąd Rejonowy stwierdził, że w przypadku

wnioskodawczynie rzeczywiście istnieją podstawy do przypisania jej w spornym okresie świadomego działania w celu (jedynie) uzyskania świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. Jak wskazał Sąd Rejonowy, z ujawnionych w toku procesu okoliczności faktycznych nie wynika, by wnioskodawczynie - mimo zgłoszenia się do ubezpieczeń społecznych jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą - kontynuowała ją w jakimkolwiek okresie po dniu 22 września 2014 r. Jej jedynym dochodem były pobierane od pozwanego zasiłki, a w okresach pomiędzy pobieraniem zasiłków nie podejmowała żadnych czynności związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej, co oznacza, że deklarowany przez nią tytuł ubezpieczenia faktycznie nie istniał. Takie działanie należy w ocenie Sądu Rejonowego kwalifikować jako świadome wprowadzenie w błąd organu wypłacającego świadczenia, o jakim mowa w art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Sąd Okręgowy w Lublinie wyrokiem z dnia 23 maja 2025 r. oddalił apelację wnioskodawczynie. Podkreślił, że wnioskodawczynie jako przedsiębiorca powinna była wiedzieć, że w przypadku, gdy faktycznie nie prowadzi działalności gospodarczej i nie osiąga z niej żadnych przychodów, nie spełnia przesłanek do podlegania ubezpieczeniom społecznym, w tym dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu tej działalności. Utrzymywanie przez nią pozornego wpisu o aktywnym statusie działalności należało poczytywać jako podanie świadomie nieprawdziwej informacji o prowadzeniu działalności gospodarczej i przypisać jej złą wolę, co przesądza o tym, że wypłacone świadczenia były nienależnie pobrane i podlegają zwrotowi. Sąd Okręgowy uznał, że Sąd pierwszej instancji trafnie wskazywał, że po dniu 22 września 2014 r. działanie skarżącej ma cechy świadomego działania, determinowanego wolą wywołania przekonania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, że zostały spełnione warunki nabycia prawa do świadczenia. Trudno uznać za prawidłowe i słuszne przerzucenie odpowiedzialności za zaistniałą sytuację na organ rentowy w sytuacji, gdy odwołująca się utrzymywała, że prowadzi działalność gospodarczą, a działalności tej de facto nie prowadziła. 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. Sąd Okręgowy zważył, że pomiędzy okresami pobierania zasiłków chorobowych występowały przerwy, w tym znacząca w wymiarze ponad 3 miesiące (od dnia 4 grudnia 2016 r. do dnia 16 marca 2017 r.). W trakcie zaś tych przerw wnioskodawczyni nie wykazała żadnych zdarzeń gospodarczych uzasadniających faktyczne prowadzenie działalności gospodarczej w sposób zorganizowany, ciągły i przede wszystkim zorientowany na uzyskanie zarobku, co było przedmiotem rozważań Sądu Apelacyjnego w Lublinie w wyroku z dnia 27 czerwca 2022 r. Sąd Rejonowy prawidłowo więc zdekodował normę zawartą w art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej i przyporządkował ją do stanu faktycznego.

Skargę kasacyjną oparto na istotnym naruszeniu przepisów prawa procesowego, to jest art. 365 § 1 k.p.c. oraz art. 366 k.p.c., naruszeniu przepisów prawa materialnego, to jest art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, naruszeniu art. 382 k.p.c. w zw. z art. 328 § 2 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c.

Skarżąca wniosła o przyjęcie skargi kasacyjnej do rozpoznania z uwagi na jej oczywistą zasadność, a dodatkowo z uwagi na potrzebę wykładni przepisów prawnych wywołujących nadal rozbieżności w orzecznictwie sądów. Zdaniem skarżącej Sąd Okręgowy w Lublinie konsekwentnie przyjmuje pogląd, iż orzeczenie wydane w sprawie o podleganie ubezpieczeniom społecznym wiąże Sąd w sprawie o świadczenie, także w ramach orzekania o obowiązku jego zwrotu, jako świadczenia nienależnie pobranego. Sąd ten bowiem uważa, iż skoro w treści uzasadnienia do wyroku w sprawie o podleganie, przewija się stwierdzenie o pozorowaniu tytułu do ubezpieczeń społecznych, który w rzeczywistości nie istniał i utrzymywania działalności gospodarczej jedynie w celu osiągnięcia świadczeń z ubezpieczeń społecznych, to jest to wystarczające dla przyjęcia, że taka osoba działała w złej wierze i spełnione zostały przesłanki z art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej. Skarżąca zwróciła uwagę, że istnieje w orzecznictwie sądów powszechnych kierunek, aby ustalić, czy w sprawie nie doszło do „bezrefleksyjności wypłaty świadczeń przez organ rentowy”, jak także należy badać świadomość i przekonanie pobierającego świadczenie, co do tego, czy te świadczenia rzeczywiście się należą w momencie ich wypłaty, to jest badanie dobrej bądź złej

wiary, czego w niniejszej sprawie, zupełnie zabrakło, gdyż postępowanie dowodowe zostało oparte jedynie o materiał dowodowy, zgromadzony w toku postępowania VIII U 3156/19, przez Sąd Okręgowy w Lublinie w sprawie o podleganie ubezpieczeniom społecznym. Skarżąca podniosła ponadto, że w szeregu orzeczeń, Sąd Najwyższy wskazywał, iż jeżeli organ rentowy na podstawie nieudokumentowanego wniosku lub na podstawie stanu faktycznego niewyjaśnionego wskutek własnych zaniedbań, przyzna wnioskodawcy świadczenia, do których prawo nie istnieje, wadliwość ta i jej konsekwencje materialne nie mogą być uznane za wynik sprzecznej z prawem działalności wnioskodawczyni ani za objaw złej woli z jej strony, nie mogą więc stanowić podstawy do obciążenia świadczeniobiorcy obowiązkiem zwrotu niesłusznie wypłaconej sumy.

Sąd Najwyższy zważył:

Brak jest podstaw uzasadniających przyjęcie skargi kasacyjnej do rozpoznania.

W myśl art. 398⁹ § 1 k.p.c. Sąd Najwyższy przyjmuje skargę kasacyjną do rozpoznania, jeżeli 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.

W pierwszej kolejności zauważyć należy, że ujęta w art. 398⁹ § 1 pkt 4 k.p.c. przesłanka ma miejsce wtedy, gdy zasadność podniesionych w niej zarzutów wynika *prima facie*, bez głębszej analizy prawnej. Dotyczy to więc jedynie uchybień przepisom prawa materialnego albo procesowego, zarzucanym sądowi drugiej instancji, o charakterze elementarnym polegających w szczególności na oparciu rozstrzygnięcia na wykładni przepisu oczywiście sprzecznej z jednolitą i ugruntowaną jego wykładnią przyjmowaną w orzecznictwie i nauce prawa, na zastosowaniu przepisu, który już nie obowiązywał, względnie na oczywiście błędnym zastosowaniu określonego przepisu w ustalonym stanie faktycznym (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 6 listopada 2015 r., IV CSK 263/15, LEX

nr 1940571). Oczywiście jest przy tym tylko to, co można dostrzec bez potrzeby głębszej analizy, czy przeprowadzenia dłuższych badań lub dociekań. Zarzucane uchybienia muszą zatem mieć kwalifikowany charakter i być dostrzegalne w sposób oczywisty dla przeciętnego prawnika (postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 12 grudnia 2000, V CKN 1780/00, OSNC 2001 nr 3, poz. 52; z dnia 22 marca 2001 r., V CZ 131/00, OSNC 2001 nr 10, poz. 156).

Przyjęcie skargi kasacyjnej do rozpoznania ze względu na przesłankę z art. 398⁹ § 1 pkt 2 k.p.c. wymaga wykazania, że chodzi o wykładnię przepisów prawa, których treść i znaczenie nie zostały dostatecznie wyjaśnione w dotychczasowym orzecznictwie lub, że istnieje potrzeba zmiany ich dotychczasowej wykładni, podania na czym polegają wątpliwości związane z jego rozumieniem oraz przedstawienia argumentacji świadczącej, że wątpliwości te mają rzeczywisty i poważny charakter, nie należą do zwykłych wątpliwości, które wiążą się z procesem stosowania prawa (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 2016 r., V CSK 692/15, LEX nr 2054493). Konieczne jest wskazanie argumentów, które prowadzą do rozbieżnych ocen prawnych, a także przedstawienie własnej propozycji interpretacyjnej. Ponadto, ze względu na publicznoprawne funkcje skargi kasacyjnej, skarżący powinien wykazać celowość dokonania wykładni konkretnego przepisu przez Sąd Najwyższy ze względu na potrzeby praktyki sądowej (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 20 listopada 2015 r., III CSK 269/15, LEX nr 1982406).

Wbrew twierdzeniom skarżącej Sąd Okręgowy w zaskarżonym wyroku nie przyjął poglądu, iż orzeczenie wydane w sprawie o podleganie ubezpieczeniom społecznym, wiąże Sąd w sprawie o zwrot nienależnie pobranego świadczenia. Nie „łagodził” również w tym zakresie stanowiska Sądu Rejonowego. Sądy meriti przywoływały ustalenia sądów pierwszej i drugiej instancji poczynione w sprawie o podleganie ubezpieczeniom społecznym, nie brały ich jednak za podstawę własnego rozstrzygnięcia. Z uzasadnienia wyroku Sądu Okręgowego wprost wynika, że: „Nie jest przy tym zasadny zarzut sugerujący, że Sąd Rejonowy oparł swój wyrok na orzeczeniu zapadłym w sprawie III AUa 595/20 (VIIIU 3156/19), który potraktował jak prejudykat przesądzający o wyniku sprawy. Takie sformułowanie nie znalazło się w uzasadnieniu skarżonego wyroku, a Sąd

pierwszej instancji w ocenie prawnej jedynie wzmocnił swoją argumentację uwagami poczynionymi w innej sprawie. Samodzielnie jednak przeprowadził postępowanie dowodowe w kierunku ustalenia, czy wnioskodawczyni działała umyślnie w kierunku uzyskania nienależnie świadczeń z ubezpieczenia chorobowego". W ocenie Sądu odwoławczego zgłoszenie się przez wnioskodawczynię do ubezpieczeń społecznych bez podstawy prawnej, przy jednoczesnym pozorowaniu prowadzenia działalności gospodarczej, między innymi przez składanie dokumentów rozliczeniowych i opłacanie składek, należy uznać za działania wprowadzające organ rentowy w błędne przeświadczenie, że brak było przeszkód do przyznania jej wnioskowanych świadczeń. Jednocześnie nie sposób zdaniem Sądu Okręgowego przyjąć, że wnioskodawczyni mogła działać w usprawiedliwionym przekonaniu, iż podlega obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu jako przedsiębiorca i posiada w związku z tym prawo do zasiłku chorobowego, skoro przez dłuższy czas faktycznie pozostawała bezczynna w zakresie zarejestrowanej działalności gospodarczej.

Kolejną podniesioną przez skarżącą okolicznością w uzasadnieniu wniosku o przyjęcie skargi kasacyjnej do rozpoznania jest „bezrefleksyjność wypłaty świadczeń przez organ rentowy". Zdaniem skarżącej Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie powinien dopuszczać do sytuacji w których najpierw wypłaca ogromne sumy pieniędzy tytułem świadczeń z funduszu chorobowego, a później stwierdza po latach że jednak świadczenia te się nie należały i żąda ich zwrotu. W ten nurt wpisuje się zdaniem skarżącej m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 grudnia 2018 r., III UK 193/17. Sąd Najwyższy w niniejszej sprawie zauważa, że wyrok wskazany przez skarżącą został wydany w całkowicie odmiennym stanie faktycznym. Rozpoznawana sprawa dotyczyła negowania 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 „jeżeli występują okoliczności świadczące o niepodleganiu spornemu tytułowi ubezpieczeń społecznych, to organ rentowy powinien wydawać negatywne decyzje z „zerową" podstawą wymiaru składek i odmawiać wypłaty świadczeń ze spornych ubezpieczeń społecznych, a nie wypłacać świadczenia i dopiero wskutek oczywiście spóźnionych refleksji co do

zasadności zrealizowanych kontrowersyjnie wysokich świadczeń kontestować legalność podlegania określonemu tytułowi ubezpieczeń społecznych” nie ma uniwersalnego charakteru, w tym znaczeniu, że nie znajduje prostego zastosowania w sprawie będącej przedmiotem zaskarżonego wyroku. We wskazanym przez skarżącą wyroku z dnia 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”. Co do zasady nie można bowiem 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. Oznacza to, że zanegowanie pracowniczego tytułu podlegania ubezpieczeniom społecznym zatrudnionego członka zarządu wieloosobowej lub wielopodmiotowej spółki z o.o. byłoby możliwe i uzasadnione wyłącznie w razie wykazania pozoru pracowniczego zatrudnienia na stanowisku kierowniczym intencyjnie wykreowanym w celu skorzystania z zawyżonych świadczeń ze spornego tytułu podlegania pracowniczym ubezpieczeniom społecznym. 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 wnioskodawczyni w spornym okresie nie prowadziła działalności gospodarczej, nie wykazała żadnych zdarzeń gospodarczych uzasadniających faktyczne prowadzenie działalności gospodarczej.

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 dnia 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. W rozumieniu art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, błąd stanowi następstwo świadomego działania pobierającego świadczenie, determinowanego wolą wywołania przekonania po stronie organu, że zostały spełnione warunki nabycia prawa do świadczenia lub świadczenia o określonej wysokości. Ów błąd wiąże się zawsze z pierwotną wadliwością rozstrzygnięć organu rentowego lub odwoławczego, a jego istotną cechą konstrukcyjną, odróżniającą od innych uchybień, jest istnienie fałszywego wyobrażenia organu o stanie uprawnień wnioskodawcy, wywołanego na skutek świadomego zachowania osoby pobierającej świadczenie. 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 dnia 11 września 2019 r., III UK 217/18, OSNP 2020, nr 10, poz. 112).

Sąd drugiej instancji zgodził się ze stanowiskiem Sądu Najwyższego wyrażonym między innymi w wyroku z dnia 26 lipca 2017 roku (sygn. akt I UK 287/16, LEX nr 2382448), w którym wskazano, iż określa się szeroko ramy zachowań kwalifikowanych jako świadome wprowadzenie w błąd organu rentowego lub odwoławczego. Przyjął, że ustalenia faktycznego poczynione w sprawie pozwalają jednoznacznie przypisać ubezpieczonej zamiar uzyskania świadczenia w sposób nienależny po zakończeniu okresu pobierania zasiłku chorobowego, którego data końcowa przypada na dzień 22 września 2014 r. W ocenie Sądu odwoławczego zgłoszenie się przez wnioskodawczynię do ubezpieczeń

społecznych bez podstawy prawnej, przy jednoczesnym pozorowaniu prowadzenia działalności gospodarczej, m.in. przez składanie dokumentów rozliczeniowych i opłacanie składek, należy uznać za działania wprowadzające organ rentowy w błędne przeświadczenie, że brak było przeszkód do przyznania jej wnioskowanych świadczeń. Jednocześnie nie sposób przyjąć, że wnioskodawczynie mogła działać w usprawiedliwionym przekonaniu, iż podlega obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu jako przedsiębiorca i posiada w związku z tym prawo do zasiłku chorobowego, skoro przez dłuższy czas faktycznie pozostawała bezczynna w zakresie zarejestrowanej działalności gospodarczej.

Przeprowadzone rozważania wyjaśniają, że skarga kasacyjna nie jest oczywiście uzasadniona, jak również w sprawie nie występuje potrzeba dokonania przez Sąd Najwyższy wykładni przepisów budzących poważne wątpliwości. Analiza stanowiska zawartego w skardze kasacyjnej prowadzi do jeszcze jednej konkluzji. W istocie stanowisko odwołującej się kieruje uwagę na ustalenia faktyczne. Chodzi o podważenie przyjęcia przez Sąd odwoławczy, że wnioskodawczynie działała świadomie, w złą wiarę. Rzecz w tym, że ustalenie stopnia winy, woli strony, jej zamiaru i innych przeżyć psychicznych należy do stanu faktycznego, którym Sąd Najwyższy jest związany na podstawie art. 398¹³ § 2 k.p.c., co nie podlega kontroli kasacyjnej (wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 26 stycznia 2011 r., I UK 281/10, LEX nr 786372; z dnia 23 stycznia 2012 r., II UK 93/11, LEX nr 1163333; z dnia 22 czerwca 2015 r., I UK 367/14, LEX nr 1771586; z dnia 26 stycznia 2016 r., II PK 308/14, LEX nr 1991141). W rezultacie, skarga kasacyjna zasadzająca się na kontestowaniu ustalonego przez sąd odwoławczy świadomego wprowadzenia w błąd organu rentowego w rozumieniu art. 84 ust 2 pkt 2 ustawy systemowej nie może zostać przyjęta do rozpoznania, jako oczywiście uzasadniona.

Z uwagi na powyższe, Sąd Najwyższy na podstawie art. 398⁹ § 2 k.p.c. orzekł jak w sentencji. O kosztach procesu rozstrzygnięto na podstawie reguły z art. 98 § 1 k.p.c. i art. 99 k.p.c. w związku z art. 398²¹ k.p.c.

[A.P.]

[a.]