



WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 2 lipca 2024 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Romuald Dalewski (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Robert Stefanicki

SSN Agnieszka Żywicka

w sprawie z odwołania R. K.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w Tomaszowie
Mazowieckim

o zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, zasiłek opiekuńczy, zwrot
nienależnie pobranego zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego
i zasiłku opiekuńczego z funduszu chorobowego,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń
Społecznych w dniu 2 lipca 2024 r.,

skargi kasacyjnej ubezpieczonego od wyroku Sądu Okręgowego - Sądu Pracy
i Ubezpieczeń Społecznych w Łodzi

z dnia 1 czerwca 2022 r., sygn. akt VIII Ua 21/22,

- 1) oddala skargę kasacyjną,**
- 2) nie obciąża R. K. kosztami zastępstwa procesowego strony
przeciwnej w postępowaniu kasacyjnym.**

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Tomaszowie Mazowieckim decyzją z 13 maja 2019 r., na podstawie art. 1 ust. 1, art. 4 ust. 1 pkt 2, ust 2, 3 pkt 1, 2 i 4, art. 6 ust. 1, art. 18 ust. 1, art. 32 ust. 1 pkt 2 oraz art. 66 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2019 r., poz. 645 - dalej jako: ustawa zasiłkowa), a także art. 84 ust. 1, ust. 2, ust. 3 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2019 r., poz. 300 - dalej jako: ustawa systemowa) odmówił wnioskodawcy prawa do: zasiłku chorobowego w okresach wskazanych w decyzji, rehabilitacyjnego od 25 września 2016 r., do 30 września 2016 r., zasiłku opiekuńczego w okresach wskazanych w decyzji. Równocześnie organ zobowiązał ubezpieczonego do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego i zasiłku opiekuńczego z funduszu chorobowego w okresach wskazanych w decyzji w kwocie 95.672,92 zł wraz z odsetkami od dnia doręczenia ubezpieczonemu decyzji do dnia zwrotu kwoty nienależnie pobranego świadczenia. Następnie organ rentowy wskazał, że nie dochodzi od ubezpieczonego zwrotu zasiłku chorobowego i zasiłku opiekuńczego za wskazane okresy w kwocie 38.359 zł z powodu przedawnienia.

Wyrokiem z 7 lutego 2022 r. Sąd Rejonowy dla Łodzi - Śródmieścia w Łodzi na skutek odwołania R. K. oddalił odwołanie.

Sąd pierwszej instancji ustalił, że od 10 czerwca 2013 r., ubezpieczony prowadzi działalność gospodarczą pod firmą A., której przedmiotem jest działalność bankowa (ubezpieczony prowadzi agencję bankową dla P. S.A.), a od maja 2016 r., również wynajem i dzierżawa samochodów osobowych. Ubezpieczony z tego tytułu zgłosił ubezpieczenia społeczne, w tym do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Ubezpieczony zna zasadę, że za okres pobierania zasiłku chorobowego nie opłaca się składek, a w przypadku kiedy zasiłek się nie należy, składki należy opłacić. Równocześnie ubezpieczony wie, iż przez pierwsze 90 dni podlegania ubezpieczeniu chorobowemu nie przysługuje mu prawo do zasiłku chorobowego.

Decyzją z 8 lutego 2019 r., Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Tomaszowie Mazowieckim odmówił R. K. prawa do zasiłku chorobowego za okresy tam wskazane. Organ rentowy zobowiązał również wnioskodawcę do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń wraz z odsetkami w łącznej kwocie 192.175,04 złotych. W uzasadnieniu decyzji wskazano, że w wyniku przeprowadzonego postępowania wyjaśniającego ustalono, że w czasie pobierania świadczeń R. K. podpisywał dokumenty związane z prowadzoną działalnością gospodarczą tj. faktury i rachunki za wykonywanie usług przez A., za nabycie towarów i usług oraz księgę przychodów i rozchodów, zawarł 7 maja 2016 r., umowę konsorcjum z Centrum Pomocy Drogowej – Ł., a także wystawiał faktury za zajęcia z języka angielskiego. Skarżący sprawował również nadzór na pracownikiem, który nie posiadał uprawnień do prowadzenia firmy. Organ rentowy ustalił, że wnioskodawca pobierał zasiłek opiekuńczy w związku z koniecznością sprawowania opieki nad małoletnimi córkami, jednakże w okresach, wskazanych w zwolnieniach lekarskich, dzieci przebywały odpowiednio w przedszkolu i w szkole.

Na skutek odwołania R. K. toczyło się postępowanie sądowe gdzie Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi wyrokiem z 4 października 2019 r., częściowo zmienił zaskarżoną decyzję, przyznając ubezpieczonemu prawo do określonych świadczeń, a w pozostałej części odwołanie oddalił. Następnie Sąd Okręgowy w Łodzi wyrokiem z 25 marca 2020 r. oddalił apelację R. K. oraz zmienił zaskarżony wyrok w ten sposób, że oddalił odwołanie w całości (VIII Ua 117/19). Sąd Okręgowy stwierdził, że ubezpieczony, prowadził działalność gospodarczą w okresie orzeczonej niezdolności do pracy tym świadomie wprowadził organ rentowy w błąd co do istnienia podstawy wypłaty zasiłku chorobowego/świadczenia rehabilitacyjnego/zasiłku opiekuńczego. Zatem zasiłek chorobowy/świadczenie rehabilitacyjne/zasiłek opiekuńczy wypłacone takiemu ubezpieczonemu jest świadczeniem nienależnie pobranym. Postanowieniem z 9 czerwca 2021 r., Sąd Najwyższy odmówił przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania.

Dalej Sąd Rejonowy ustalił, że odwołujący się nie opłacał składek na ubezpieczenie chorobowe w okresach pobierania świadczeń, co do których został pozbawiony prawa na mocy wskazanej wyżej decyzji z 8 lutego 2019 r. Łączna niedopłata z tytułu składek wyniosła 29.970,60 zł. Odwołujący się pobierał zasiłek

chorobowy w następujących okresach: od dnia 11 grudnia 2014 r. do dnia 31 grudnia 2014 r., od dnia 9 stycznia 2015 r. do dnia 8 kwietnia 2015 r., od dnia 21 kwietnia 2015 r. do dnia 27 kwietnia 2015 r., od dnia 13 maja 2015 r. do dnia 25 maja 2015 r., od dnia 28 lipca 2015 r. do dnia 5 sierpnia 2015 r., od dnia 12 grudnia 2016 r. do dnia 5 stycznia 2016 r., od dnia 13 stycznia 2016 r. do dnia 25 stycznia 2016 r., od dnia 23 kwietnia 2016 r. do dnia 5 maja 2016 r., od dnia 9 czerwca 2016 r. do dnia 22 czerwca 2016 r., od dnia 21 lipca 2016 r. do dnia 5 sierpnia 2016 r., od dnia 23 sierpnia 2016 r. do dnia 5 września 2016 r., od dnia 26 lipca 2017 r. do dnia 28 lipca 2017 r., od dnia 12 sierpnia 2017 r. do dnia 8 września 2017 r., od dnia 16 września 2017 r. do dnia 24 września 2017 r., od dnia 26 września 2017 r. do dnia 2 października 2017 r., od dnia 16 października 2017 r. do dnia 6 listopada 2017 r., od dnia 21 listopada 2017 r. do dnia 4 grudnia 2017 r., od dnia 19 grudnia 2017 r. do dnia 5 stycznia 2018 r., od dnia 15 lutego 2018 r. do dnia 23 lutego 2018 r., od dnia 28 lutego 2018 r. do dnia 6 marca 2018 r., od dnia 14 marca 2018 r. do dnia 30 marca 2018 r., od dnia 12 kwietnia 2018 r. do dnia 25 kwietnia 2018 r., od dnia 16 czerwca 2018 r. do dnia 30 czerwca 2018 r., od dnia 7 lipca 2018 r. do dnia 6 sierpnia 2018 r., od dnia 12 października 2018 r. do dnia 5 lutego 2019 r., od dnia 8 marca 20189 r. do dnia 23 kwietnia 2019 r.

Natomiast świadczenie rehabilitacyjne pobierał w okresie od dnia 25 września 2016 r. do dnia 30 września 2016 r., a nadto zasiłek opiekuńczy w okresach od dnia 11 czerwca 2015 r. do dnia 30 czerwca 2015 r., od dnia 16 lipca 2015 r. do dnia 24 lipca 2015 r., od dnia 26 stycznia 2016 r. do dnia 7 lutego 2016 r., od dnia 16 lutego 2016 r. do dnia 29 lutego 2016 r., od dnia 23 maja 2017 r. do dnia 5 czerwca 2017 r., od dnia 20 czerwca 2017 r. do dnia 3 lipca 2017 r., od dnia 12 sierpnia 2018 r. do dnia 28 sierpnia 2018 r., od dnia 26 lutego 2019 r. do dnia 7 marca 2019 r.

Zdaniem Sądu Rejonowego odwołującemu się nie przysługiwało prawo do świadczeń w okresach objętych zaskarżoną decyzją. Nie opłacił on składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za okresy pobierania świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, które następnie uznano za świadczenia nienależne wobec ustalenia, że w okresach ich pobierania ubezpieczony wykonywał pracę zarobkową i wykorzystywał je niezgodnie z celem zwolnień. Ubezpieczony niezasadnie korzystał zatem w tych okresach z proporcjonalnego obniżenia

podstawy wymiaru składek, które art. 18 ust. 9-10 ustawy systemowej stosuje się w przypadku niezdolności do pracy trwającej przez część miesiąca, jeżeli z tego tytułu ubezpieczony spełnia warunki do przyznania zasiłku. Skoro ubezpieczony warunków tych nie spełniał (z uwagi na sankcję z art. 17 ustawy zasiłkowej), winien opłacać składki w pełnej, niepomniejszonej wysokości. Z kolei konsekwencją nieopłacenia składek w należytej wysokości było ustanie ubezpieczenia chorobowego, zgodnie z dyspozycją art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej.

Sąd Rejonowy dokonał szczegółowej analizy poszczególnych okresów objętych zaskarżoną decyzją. Wobec każdego z nich zachodziły podstawy do odmowy prawa do świadczeń z powodu niepodlegania ubezpieczeniom społecznym. I tak w odniesieniu do okresów: od 28.07.2015 r. do 5.08.2015 r. - nie upłynął 90-dniowy okres wyczekiwania po zakończeniu zwolnienia z dniem 25.05.2015 r., od 26.07.2017 r. do 28.07.2017 r. - nie upłynął 90-dniowy okres wyczekiwania po zakończeniu świadczenia rehabilitacyjnego z dniem 22.05.2017 (a w międzyczasie dodatkowo nieopłacone składki w czasie zasiłku opiekuńczego od 6.06.2017 r. do 19.06.2017 r. i od 4.07.2017 r. do 21.07.2017 r.), od 26.09.2017 r. do 2.10.2017 r. - nie upłynął 90-dniowy okres wyczekiwania po zakończeniu zwolnienia z dniem 24.09.2017 r. (objętego niniejszą decyzją), od 28.02.2018 r. do 6.03.2018 r. - nie upłynął 90-dniowy okres wyczekiwania po zakończeniu zwolnienia z dniem 23.02.2018 r. (objętego niniejszą decyzją), od 12.10.2018 r. do 25.02.2019 r. - nie upłynął 90-dniowy okres wyczekiwania po zakończeniu zwolnienia z dniem 6.08.2018 r. (objętego niniejszą decyzją), od 8.03.2019 do 23.04.2019 r. - nie upłynął 90 dniowy okres wyczekiwania po zakończeniu zwolnienia z dniem 25.02.2019 r. (objętego niniejszą decyzją). Wszystkie pozostałe okresy świadczeń objęte zaskarżoną decyzją przypadały bezpośrednio po okresach, za które ubezpieczony uprzednio utracił prawo do świadczeń z powodu wykonywania pracy zarobkowej lub wykorzystywania ich niezgodnie z celem (okresów tych dotyczyły prawomocne decyzje z dnia 8 lutego 2019 r. i z dnia 4 kwietnia 2019 r.). Skoro w okresach tych ubezpieczony nie opłacił składek na ubezpieczenie społeczne, dalsze okresy niezdolności do pracy przypadały w okresach niepodlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, a zatem nie dawały prawa do świadczeń uregulowanych w ustawie zasiłkowej.

Sąd Rejonowy podniósł, że zasadniczą osią sporu pomiędzy stronami pozostawała kwestia oceny, czy świadczenia, wypłacone odwołującemu się za okresy objęte zaskarżoną w niniejszej sprawie decyzją, stanowiły nienależne świadczenia w rozumieniu ustawy systemowej. Sąd pierwszej instancji odnosząc się do treści art. 84 ust. 2 ustawy systemowej podniósł, że kwestia istnienia złej woli po stronie ubezpieczonego w sytuacji, gdy po przeliczeniu konta ubezpieczonego dokonaniem w następstwie ustalenia, iż w określonych okresach pobierał on świadczenia w warunkach art. 17 ustawy zasiłkowej, ujawnione zostanie, że świadczenia wypłacono bez podstawy, gdyż ubezpieczony przestał podlegać ubezpieczeniom społecznym, była przedmiotem zainteresowania judykatury. W analogicznych stanach faktycznych, jak w mniejszej sprawie, Sąd Najwyższy uznał, że skoro ubezpieczony czynnie prowadził działalność zarobkową w okresie stwierdzonej niezdolności do pracy i pobierania z tego tytułu zasiłków chorobowych, to wprowadzał świadomie organ rentowy w błąd, co do istnienia podstawy wypłaty zasiłku chorobowego i powinien był wiedzieć, że organ rentowy po zakończeniu postępowania dokona przeliczenia jego konta w zakresie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Tym samym pobrane przez niego dalsze świadczenia z ubezpieczenia chorobowego będą już wypłacone bez podstawy prawnej i również będą podlegały zwrotowi jako nienależnie pobrane. W okresach, w których ubezpieczony pobrał zasiłek chorobowy, nie mając do tego prawa, na skutek ponownego rozliczenia konta, taki zasiłek jest świadczeniem nienależnym i podlega zwrotowi. Zawinione działanie w jednej sprawie, ma więc wpływ na historię ubezpieczeniową i kolejne okresy zasiłkowe. Organ rentowy był bowiem w błędnym przekonaniu, że ubezpieczony miał prawo do zasiłków chorobowych za wcześniejsze okresy i prawidłowo pomniejszał podstawę wymiaru składki. Zaś zasiłek chorobowy wypłacony za okres karencji nieprzerwanego opłacania składek przez 90 dni jest świadczeniem nienależnym (wypłaconym bez podstawy prawnej), jeśli poprzedza 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.

Sąd Rejonowy podkreślił, że odwołujący się znał zasady prawa ubezpieczeń społecznych, że za okres pobierania zasiłku chorobowego nie opłaca się składek, a

w przypadku kiedy zasiłek się nie należy, składki należy opłacić, a jednocześnie wiedział, że przez pierwsze 90 dni podlegania ubezpieczeniu chorobowemu nie przysługuje mu prawo do zasiłku chorobowego. Po drugie, analiza okresów objętych niniejszą decyzją i wcześniejszą prawomocną decyzją z dnia 8 lutego 2019 r., wskazuje, że od roku 2015 do dnia wydania decyzji odwołujący się niemal bez przerwy pobierał świadczenia ubezpieczeniowe (przeplatając okresy niezdolności do pracy wynikające z różnych podstaw, np. z powodu własnej choroby i z powodu konieczności opieki nad dzieckiem), a jednocześnie stale prowadził działalność gospodarczą i wykazane zostało, że wielokrotnie podejmował osobiste czynności związane z jej prowadzeniem. Skala pobierania świadczeń uzasadnia ocenę, że uczynił on z nich dodatkowe źródło dochodu.

Na skutek apelacji odwołującego się Sąd Okręgowy wyrokiem z 1 czerwca 2022 r., w pkt I oddalił jego apelację i w pkt II orzekł o kosztach postępowania.

W ocenie Sądu Okręgowego, dokonana przez Sąd Rejonowy ocena zgromadzonego w postępowaniu materiału dowodowego jest prawidłowa zaś zarzuty skarżącego sprowadzają się w zasadzie jedynie do polemiki ze stanowiskiem Sądu Rejonowego i interpretacją dowodów dokonaną przez ten Sąd i jako takie nie mogą się ostać. Apelujący przeciwstawia bowiem ocenie dokonanej przez Sąd pierwszej instancji swoją analizę zgromadzonego materiału dowodowego i własny pogląd na sprawę, w zakresie ustalenia, że ubezpieczony świadomie wprowadził Organ rentowy w błąd co do podstaw wypłaty świadczenia, a nadto, że świadczenie z tytułu wypłaconego zasiłku było nienależne, pomimo braku podstaw do takiej oceny.

Sąd drugiej instancji podniósł, że na gruncie rozpoznawanej sprawy bezspornym jest, że prawomocnymi decyzjami z 8 lutego 2019 r. oraz z 4 kwietnia 2019 r. organ rentowy określił okresy za które skarżący utracił prawo do zasiłku chorobowego w związku ze świadczeniem pracy zarobkowej, skutkiem czego skarżący utracił również prawo do świadczeń w okresach wskazanych w treści zaskarżonej decyzji. W konsekwencji zatem został zobowiązany do ich zwrotu. Niemniej jednak podstawowym warunkiem uznania, że wypłacone świadczenie podlega zwrotowi, zgodnie z art. 84 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585 ze zm.) jest brak prawa do świadczenia oraz posiadanie świadomości tego

faktu przez osobę przyjmującą świadczenie w związku ze stosownym pouczeniem. Nienależnie pobrane świadczenie jest także wówczas gdy zostało wypłacone na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenie. Sam fakt braku prawa wnioskodawcy do świadczeń nie jest zatem jeszcze tożsamy z obowiązkiem ich zwrotu. W prawie ubezpieczeń społecznych, w którym pojęcie nienależnego świadczenia obejmuje także 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 bowiem osoby, która uzyskała świadczenia na podstawie nieprawdziwych zeznań lub dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd instytucji ubezpieczeniowej. (...) 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. W rozumieniu art. 84 ust. 2 pkt 2 u.s.u.s. błąd stanowi więc następstwo świadomego działania pobierającego świadczenie, determinowanego wolą wywołania przekonania po stronie organu, iż zostały spełnione warunki nabycia prawa do świadczenia lub świadczenia o określonej wysokości. Swoistym przypadkiem świadomego wprowadzenia organu rentowego w błąd jest tzw. przemilczenie.

W ocenie Sądu Okręgowego brak jest podstaw do uznania, że na gruncie rozpoznawanej sprawy nie sposób mówić o świadomym wprowadzeniu przez wnioskodawcę w błąd organu rentowego i świadomym poborze świadczeń, do których wnioskodawca nie miał tytułu prawnego. Nie można zgodzić się z apelującym, iż w trakcie pobierania zasiłku chorobowego wnioskodawca nie wiedział - nie miał świadomości, że jest on nienależny z uwagi na niepodleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Brak jest podstaw do uznania, iż wiedza w zakresie niepodlegania ubezpieczeniu chorobowemu za wskazany okres powstała u wnioskodawcy post fatum.

Zdaniem Sądu Okręgowego nie ulega wątpliwości, że zwrot świadczeń chorobowych wystąpił dlatego, gdyż ubezpieczony świadczył pracę w okresie niezdolności co oznacza, że nie miał prawa do zasiłku, a z tego wynika, że powinien opłacić składki skoro wprowadził ZUS w błąd, co do braku przeszkód w przyznaniu świadczeń chorobowych. Oczywistym jest, że konsekwencją „wypadnięcia” z ubezpieczenia chorobowego było rozpoczęcie na nowo biegu 90 - dniowej karencji, a tym samym okresy niezdolności wnioskodawcy do pracy przypadające w tym czasie nie mogły skutkować przyznaniem mu zasiłku. Tak więc „następczy” brak składek spowodowany był uprzednim świadomym zachowaniem ubezpieczonego. W tym stanie rzeczy nie sposób w ocenie Sądu Okręgowego kwestionować świadomości wnioskodawcy co do braku prawa do świadczeń za sporny okres. 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, z etapem ustalania prawa do świadczeń, 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. Świadomość nienależności świadczenia może więc wynikać z zawinionego działania osoby, która spowodowała wypłatę świadczeń.

Sąd drugiej instancji podkreślił, że wnioskodawca jest przedsiębiorcą, od którego oczekuje się profesjonalizmu i inicjatywy w zakresie rozeznania w obowiązkach dotyczących podejmowanej działalności oraz w związku z zamiarem

podlegania ubezpieczeniu chorobowemu - konsekwencji w opłatach składek na to ubezpieczenie (*ignorantia iuris nocet*). W ocenie Sądu ubezpieczony jako profesjonalista miał możliwość uiścić składkę w terminie, gdyby zachował należyłą staranność i dbałość o własne interesy. Nie ulega wątpliwości, że uprawnienia wynikające z systemu ubezpieczenia społecznego, w tym kwestia dobrowolnego podlegania ubezpieczeniom społecznym są wyczerpująco uregulowane w przepisach powszechnie obowiązującego prawa, a jedną z zasad demokratycznego państwa prawnego jest wymóg jawności prawa, do których obywatele mają dostęp. W związku z zasadą jawności osoby uczestniczące w obrocie prawnym powinny wykazać się aktywnością w ustalaniu swojej sytuacji prawnej. Organ rentowy nie ma zatem obowiązku ani możliwości indywidualnego informowania wszystkich zainteresowanych o przysługujących im uprawnieniach, czy też o kwestiach zgłaszania się do ubezpieczeń społecznych, a tym bardziej do wydawania decyzji o podleganiu ubezpieczeniom. Samo zaś uznanie obowiązku zwrotu świadczeń z ubezpieczenia chorobowego nie oznacza, że ZUS kwestionuje podleganie ubezpieczeniu a jedynie, że ubezpieczony nie dotrzymał rygorów powstrzymywania się od prowadzenia działalności.

Dalej Sąd Okręgowy podniósł, że uznając obowiązek zwrotu świadczeń z ubezpieczenia chorobowego nie oznacza, że ZUS kwestionuje podleganie ubezpieczeniu a jedynie, że ubezpieczony nie dotrzymał rygorów powstrzymywania się od prowadzenia działalności. Jeżeli naprzemiennie wystąpiły okoliczności z których wynika, że część ciągłych okresów niezdolności do działalności jest kwestionowana z uwagi na jej prowadzenie a część z uwagi na niezachowanie rygorów prawnych wynikających z ustawy chorobowej to ZUS może ale nie musi wydawać decyzji o podleganiu uznając w decyzji taką okoliczność jako fakt prejudycjalny.

Od wyroku Sądu Okręgowego skargę kasacyjną wniósł odwołujący się R. K.. Skarżący zaskarżając wyrok w całości wniósł o jego uchylenie w całości i orzeczenie co do istoty sprawy zgodnie z żądaniem apelacji oraz zasądzenie kosztów postępowania od organu rentowego na rzecz skarżącego, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych, ewentualnie, uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania temu Sądowi w

innym składzie oraz orzeczenie o kosztach postępowania kasacyjnego, w tym o kosztach zastępstwa procesowego, według norm prawem przepisanych.

W podstawach skargi kasacyjnej skarżący zarzucił naruszenie prawa materialnego tj.:

1. art. 6 ust. 1, art. 18 ust. 1, art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (jednolity tekst: Dz.U. z 2022 r., poz. 1723; dalej: ustawa zasiłkowa) w zw. z art. 14 ust. 2 pkt 2 i art. 83 ust. 1 pkt 2 i 4 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2021 r., poz. 423; dalej: ustawa systemowa) poprzez ich błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie polegające na przyjęciu, że tut. organ rentowy mógł pozbawić prawa do świadczeń i zobowiązań do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń Skarżącego nie wydając uprzednio decyzji odnośnie do okresów podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, podczas gdy przesłanką przyznania lub pozbawienia prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego jest m.in. ziszczenie się ryzyka ubezpieczeniowego w okresie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, a więc treść przepisów z zakresu ubezpieczeń społecznych wyznacza kolejność działań tut. organu rentowego,

2. art. 66 ust. 2 i 3 ustawy zasiłkowej w zw. z art. 84 ust. 1 i 2 pkt 2 ustawy systemowej przez ich błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie polegające na przyjęciu, że Skarżący jest zobowiązany do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń za okres wskazany w zaskarżonej decyzji, podczas gdy skarżący był uprawniony do ww. świadczeń (zasiłki opiekuńcze i chorobowe, świadczenie rehabilitacyjne) w momencie ich pobierania, a także, nie wprowadził w błąd tut. organu rentowego składając wniosek o wypłatę tych świadczeń, skoro brak prawa do świadczeń i obowiązek ich zwrotu stanowi konsekwencję innego postępowania zakończonego ostateczną decyzją administracyjną.

Dalej skarżący zarzucił naruszenie przepisów postępowania tj.:

1. art. 378 § 1, art. 387 § 2¹ k.p.c. oraz art. 327¹ § I w zw. z art. 391 § 1 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego (jednolity tekst: Dz.U. z 2021 r., poz. 1805; dalej: k.p.c.), polegające na powieleniu stanowiska Sądu pierwszej instancji przez Sąd drugiej instancji odnośnie do zarzutów zgłoszonych w

apelacji dotyczących woli skarżącego pobrania nienależnych mu świadczeń, co stwarza jedynie pozory przeprowadzenia kontroli instancyjnej, podczas gdy materiał dowodowy pozwala na wyprowadzenie konkluzji takiej, że skarżący nie był świadomy, że świadczenia pobiera nienależne, co, z kolei, wyłącza możliwość zastosowania art. 84 ustawy systemowej i art. 66 ustawy zasiłkowej,

2. art. 378 § 1 w zw. z art. 391 § 1 w zw. z art. 477¹⁴ § 2¹ k.p.c., polegające na niewłaściwym zastosowaniu przepisów, a wskutek tego bezpodstawne orzeczenie o oddaleniu odwołania, podczas gdy decyzja z dnia 13 maja 2019 r. została wydana jeszcze przed prawomocnym rozpatrzeniem odwołań od decyzji, z których wynikają okresy, za które Skarżący utracił prawo do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego w związku ze świadczeniem pracy zarobkowej, mające wpływ na pozostałe okresy podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, których, z kolei, dotyczy przedmiotowe postępowanie.

W odpowiedzi na skargę kasacyjną organ rentowy wniósł o oddalenie skargi na podstawie art. 398¹⁴ k.p.c., jako pozbawionej uzasadnionych podstaw oraz zasądzenie od ubezpieczonego na rzecz organu rentowego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna odwołującego się nie ma usprawiedliwionych podstaw i podlega oddaleniu.

Odnosząc się do zarzutów naruszenia przepisów postępowania związanych z kwestią uzasadnienia wyroku przez Sąd Okręgowy podnieść należy, że uzasadnienia sądów odwoławczych nie muszą, a zwykle wręcz nie powinny zawierać wszystkich elementów typowych dla uzasadnienia judykatu pierwszoinstancyjnego, lecz jedynie te z elementów, które ze względu na treść apelacji i zakres rozpoznania sprawy są niezbędne do przedstawienia motywów wydanego przez ten sąd rozstrzygnięcia (zob. postanowienie Sądu Najwyższego z 19 lutego 2021 r., V CSK 188/20, LEX nr 3149741), a naruszenie przez sąd drugiej instancji zasad sporządzania uzasadnienia orzeczenia (aktualnie uregulowanych w art. 327¹ k.p.c. oraz art. 387 § 2¹ k.p.c.) jedynie wyjątkowo może stanowić usprawiedliwioną

podstawę kasacyjną, co ma miejsce, gdy skutek uchybienia wymaganiom stawianym uzasadnieniu, zaskarżone orzeczenie nie poddaje się kontroli kasacyjnej (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 13 maja 2021 r., V CSKP 101/21, LEX nr 3220004).

Natomiast według art. 387 § 2¹ pkt 1 i 2 k.p.c., wskazanie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia może ograniczyć się do stwierdzenia, że sąd drugiej instancji przyjął za własne ustalenia sądu pierwszej instancji, o ile tych ustaleń nie zmienił albo nie uzupełnił, jak ma to miejsce w rozpoznawanej sprawie. Tak samo wyjaśnienie podstawy prawnej rozstrzygnięcia może ograniczyć się do stwierdzenia, że sąd drugiej instancji przyjął za własne oceny sądu pierwszej instancji. Sąd drugiej instancji nie ma więc obowiązku powielania wywodów uzasadnienia sądu pierwszej instancji, wystarczy, że się na nie aprobująco powoła (postanowienie Sądu Najwyższego z 22 września 2022 r., I CSK 4037/22, LEX nr 3488872).

Przeniesienie wskazanych uwag na grunt niniejszej sprawy powoduje stwierdzenie, że brak jest takiej wadliwości uzasadnienia wyroku Sądu Okręgowego, która uniemożliwiałaby przeprowadzenie kontroli kasacyjnej i zarzuty natury procesowej czynni niezasadnymi.

Natomiast w sferze prawa materialnego główny zarzut skarżącego oscyluje wokół twierdzeń, że nie ma w sprawie zastosowania art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych bowiem skarżący nie wprowadził w błąd organu rentowego domagając się wypłaty świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, gdyż nie miał świadomości, że w przyszłości okresy podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu mogą ulec zmiennie.

Rozważania należy rozpocząć od przypomnienia, że zgodnie z dyspozycją art. 84 ust. 2 ustawy systemowej 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 wprowadzenia w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą

świadczenia. Istotną cechą nienależnie pobranego świadczenia z ubezpieczeń społecznych jest świadomość osoby pobierającej świadczenie co do nieprzysługiwania prawa do tego świadczenia w całości lub w części od początku albo w następstwie mających miejsce później zdarzeń (por. wyrok Sądu Najwyższego z 17 maja 2001 r., II UKN 338/00, OSNP 2003 nr 3, poz. 71). 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). Natomiast świadomość nienależności świadczenia może mieć źródło w pouczeniu udzielonym przez organ rentowy co do okoliczności powodujących konieczność zwrotu świadczenia bądź też może wynikać z zawinionego działania osoby, która spowodowała wypłatę świadczeń. 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, z etapem ustalania prawa do świadczeń, 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 (wyrok Sądu Najwyższego z 11 września 2019 r., III UK 217/18 i wskazane tam orzecznictwo, LEX nr 2780203).

Sąd Najwyższy wskazywał również już w swoim orzecznictwie wielokrotnie, że 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). Niepodanie lub zatajenie informacji o prowadzeniu przez ubezpieczoną pozarolniczej działalności w okresach zwolnień lekarskich może być ocenione jako wprowadzenie w błąd organu rentowego, skoro kontynuowanie pozarolniczej działalności w okresie korzystania z zasiłku chorobowego prowadzi do utraty prawa do pobranych świadczeń za cały okres niezdolności do wykonywania tej działalności (*ex lege* z art. 17 ust. 1 i art. 22 ustawy zasiłkowej). Świadczenia z chorobowego ubezpieczenia społecznego mają bowiem rekompensować straty w uzyskiwanych dochodach z prowadzonej pozarolniczej działalności, a zatem niedopuszczalne jest pobieranie takich świadczeń (połączone z brakiem obowiązku opłacania składek na ubezpieczenie społeczne za okresy choroby) w razie uzyskiwania dotychczasowych dochodów wynikających z kontynuowania przez ubezpieczonego prowadzonej działalności w nieumniejszonym zakresie, czego każda osoba ubezpieczona ma świadomość (wyroki Sądu Najwyższego: z 29 stycznia 2019 r., III UK 11/18, LEX nr 2439111, 13 czerwca 2019 r., III UK 157/18, LEX nr 2688343, 16 stycznia 2020 r., II UK 219/18, LEX nr 32208010. Nie jest przy tym 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 (wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 12 września 2018 r., III UK 124/17, LEX nr 2549437; z dnia 20 sierpnia 2019 r., II UK 76/18, OSNP 2020 nr 8, poz. 85).

Dokonując przeniesienia powyższego na stan faktyczny niniejszej sprawy Sąd Najwyższy podkreśla, że odwołujący się w okresie stwierdzonej niezdolności do pracy i pobierania zasiłku chorobowego prowadził działalność zarobkową, co ustalono bezspornie (sprawa zakończona prawomocnie wyrokiem Sądu Okręgowego w Łodzi z 25 marca 2020 r., VIII Ua 117/19) i tym samym wprowadził w ten sposób organ rentowy w błąd (art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej) co do okoliczności uzasadniających pobieranie zasiłków chorobowych, przez przemilczenie faktu (prowadzenie działalności gospodarczej) mającego wpływ na prawo do świadczeń. Mówiąc inaczej prowadzenie działalności gospodarczej w okresie zwolnienia lekarskiego jest równoznaczne z pobieraniem zasiłku chorobowego, który jest nienależny. 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).

Reasumując ubezpieczony, który prowadzi działalność gospodarczą w okresie orzeczonej niezdolności do pracy, świadomie wprowadza organ rentowy w błąd, co do istnienia podstawy wypłaty zasiłku chorobowego, gdyż ma świadomość, że okres zwolnienia chorobowego służy powrotowi do zdrowia i w okresie tym nie należy świadczyć pracy lub też prowadzić działalności gospodarczej. Zasiłek chorobowy wypłacony takiemu ubezpieczonemu jest świadczeniem nienależnie pobranym - art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej.

Natomiast zasiłek chorobowy wypłacony za okres karencji nieprzerwanego opłacania składek przez 90 dni jest 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 (wyrok Sądu Najwyższego z 30 września 2020 r., I UK 98/19, LEX nr 3067436). Skarżący miał świadomość, że w okresie pobierania zasiłku nie płaci się składek oraz o 90 dniowej karencji.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Najwyższy na podstawie art. 398¹⁴ k.p.c. oddalił skargę kasacyjną. O kosztach postępowania orzeczono na podstawie art. 102 k.p.c.

[SOP]

[a!]