



WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 lutego 2025 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Renata Żywicka (przewodniczący)

SSN Jarosław Sobutka

SSN Robert Stefanicki (sprawozdawca)

w sprawie z odwołania R. Ś.
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 18 lutego 2025 r.,
skargi kasacyjnej ubezpieczonej od wyroku Sądu Okręgowego - Sądu Pracy
i Ubezpieczeń Społecznych w Koszalinie
z dnia 1 sierpnia 2023 r., sygn. akt IV Ua 16/23,

- 1. oddala skargę kasacyjną,**
- 2. odstępuje od obciążania skarżącej kosztami postępowania
kasacyjnego strony przeciwnej.**

UZASADNIENIE

Sąd Rejonowy w Koszalinie wyrokiem z 14 lutego 2023 r. oddalił odwołanie R.Ś. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w Koszalinie z 28 maja 2019 r. zobowiązującej odwołującą do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego, zasiłku macierzyńskiego i opiekuńczego oraz świadczenia rehabilitacyjnego z funduszu chorobowego za okres poczynszący od 10 października 2015 r. do 18 października 2018 r., w łącznej kwocie 241.842,44 zł wraz z odsetkami.

Sąd pierwszej instancji poczynił ustalenia, z których wynikało, że R. Ś. legitymuje się dyplomem czeladnika, który uzyskała w dniu 22 czerwca 1995 r. Od 14 lutego 2002 r. do 30 kwietnia 2003 r. prowadziła działalność gospodarczą, wykonując usługi fryzjerskie. Po przerwie powróciła do tej działalności w okresie od 15 maja 2008 r. do 31 lipca 2010 r. Ponownie zarejestrowała się jako prowadząca działalność w dniu 1 czerwca 2012 r. Usługi wykonywała pod firmą „S.”. Do ubezpieczeń społecznych, w tym chorobowego, zgłosiła się z dniem 1 czerwca 2012 r. Zadeklarowała najwyższą podstawę wymiaru składki w kwocie 9.115 zł. W sferze podatkowej natomiast zgłosiła opodatkowanie ryczałtem w formie karty podatkowej. W dacie zgłoszenia działalności R.Ś. była w ciąży. Dziecko urodziła w dniu 29 stycznia 2013 r. Następnie w latach 2018-2019 zachodziła trzykrotnie w ciążę, ale każda zakończyła się poronieniem. W latach 2012 - 2018 wypłacone zostały na rzecz R. Ś. liczne świadczenia pieniężne z ustawy zasiłkowej, takie jak: zasiłki chorobowe, opiekuńcze, macierzyńskie i świadczenia rehabilitacyjne. R. Ś. ubiegała się o przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 19 października 2018 r. do 10 stycznia 2019 r., a następnie zasiłku macierzyńskiego od 11 stycznia 2019 r. Od marca 2019 r. zadeklarowała najniższą podstawę wymiaru składek z tytułu działalności gospodarczej. W okresie od 1 czerwca 2012 r. do marca 2019 r. odwołująca się nie prowadziła w rzeczywistości efektywnej działalności gospodarczej. W związku z wnioskiem o świadczenie rehabilitacyjne, Zakład Ubezpieczeń Społecznych wszczął postępowanie w celu sprawdzenia, czy odwołująca się faktycznie prowadziła działalność gospodarczą. Ustalono również, że odwołująca się złożyła dopiero w grudniu 2018 r. zamówienie na zakup kasy fiskalnej, choć w zakresie wykonywania usług fryzjerskich taki obowiązek istniał już od 2015 r.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Koszalinie zweryfikował okoliczności dotyczące tytułu ubezpieczenia i prawa do wypłaconych świadczeń.

Decyzją z 14 marca 2019 r. stwierdził, że R. Ś. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą nie podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowemu i wypadkowemu od dnia 1 czerwca 2012 r., a dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od 1 czerwca 2012 r. R. Ś. wniosła od wskazanej decyzji odwołanie do Sądu Okręgowego. Sąd Okręgowy w Koszalinie, w sprawie o sygnaturze akt IV U 479/19, wyrokiem z 15 września 2020 r. oddalił wniesione przez nią odwołanie. Uznał, że R. Ś., mimo wpisu do ewidencji od 1 czerwca 2012 r. nie prowadziła działalności gospodarczej, nie świadczyła usług z tym związanych i nie osiągała przychodów, a jedynie pozorowała jej prowadzenie w celu uzyskania świadczeń z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie wyrokiem z 25 lutego 2021 r. oddalił apelację odwołującą. Sąd odwoławczy uznał za Sądem pierwszej instancji, że skoro ubezpieczona od czerwca 2012 r. nie prowadziła pozarolniczej działalności gospodarczej w rozumieniu ustawowym, nie przejawiała jakiegokolwiek aktywności ani woli jej prowadzenia, to nie stworzyła tytułu do ubezpieczenia. W ocenie Sądu Apelacyjnego podejmowanie pewnych drobnych czynności miało stworzyć jedynie wrażenie kontynuowania działalności, by powoływać się nią formalnie przy ubieganiu się o świadczenia z ubezpieczenia społecznego przy najwyższej podstawie wymiaru składek. Świadczenia te stały się źródłem utrzymania dla ubezpieczonej. Sąd Apelacyjny przewartościował działanie odwołującej się w świetle zasady równego traktowania wszystkich ubezpieczonych i uznał, że ubezpieczona przez lata uzyskiwała z FUS nadmierne korzyści i finansowała koszty swojego utrzymania z pokrzywdzeniem innych uczestników i beneficjentów systemu. Tym samym odwołująca się naruszyła zasadę z art. 2a ustawy systemowej, przez co nie może liczyć na ochronę podjętych przez nią czynności w sferze ubezpieczeń społecznych. Sąd Najwyższy postanowieniem z 9 czerwca 2022 r. (III USK 452/21) omówił przyjęcia skargi kasacyjnej odwołującej do rozpoznania.

Mając na uwadze poczynione ustalenia faktyczne, Sąd Rejonowy wskazał, że zgodnie z treścią art. 1 ust. 1 w zw. z art. 2 pkt 1, 5 i 6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (jednolity tekst: Dz.U. z 2023 r., poz. 2780 ze zm., dalej jako ustawa zasiłkowa) świadczenia określone ustawą - w tym prawo do zasiłku chorobowego,

macierzyńskiego i zasiłku opiekuńczego - przysługują osobom objętym ubezpieczeniem społecznym określonym w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2024 r., poz. 497 ze zm., dalej jako ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych). Według Sądu, mając na uwadze, że w sprawie o sygn. akt IV U 479/19 Sąd Okręgowy w Koszalinie oddalił odwołanie R. Ś., uznał bowiem, że nie podlega ona obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym: emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu oraz dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu do dnia 1 czerwca 2012 r., to wyrok ten na podstawie art. 365 § 1 k.p.c. jest wiążący tak dla Sądu, jak i dla stron w niniejszej sprawie. Oznacza to, że przy rozstrzyganiu obecnego sporu w przedmiocie obowiązku zwrotu wypłaconych ubezpieczonej świadczeń, Sąd nie może ponownie rozstrzygać kwestii podlegania przez R. Ś. ubezpieczeniom społecznym z tytułu działalności gospodarczej, albowiem kwestia ta została już prawomocnie przesądzona. Sąd uznał zatem, że w przedmiotowej sprawie związany jest ustaleniami faktycznymi i oceną prawną Sądu Apelacyjnego w Szczecinie w sprawie III AUa 440/20 w zakresie, w jakim prawomocnym wyrokiem przesądzono kwestię podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu, jak i dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu odwołującej się z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej. Podstawą rozstrzygnięcia było ustalenie, że R. Ś. nie wykazała się w badanym okresie faktycznym prowadzeniem działalności gospodarczej. Sąd Apelacyjny w Szczecinie, który wyrokiem z 25 lutego 2021 r. oddalił apelację ubezpieczonej od wyroku Sądu Okręgowego w Koszalinie, uznał, że częste i długotrwałe okresy zasiłkowe i brak przychodu świadczyły, iż ubezpieczona ukierunkowana była na pozorowanie prowadzenia działalności celem posiadania tytułu do ubezpieczeń i świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. Skoro ubezpieczona nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, to nie przysługiwały jej świadczenia pieniężne z ubezpieczenia chorobowego w razie choroby i macierzyństwa (art. 1 ust. 1 w zw. z art. 2 pkt 1, 5 i 6 ustawy zasiłkowej).

Mając na uwadze powyższe rozważania, Sąd pierwszej instancji zauważył, że brak prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego nie przesądzał automatycznie o konieczności zwrotu pobranych już z tego tytułu kwot przez ubezpieczoną. Konieczne było rozważenie czy zachodzą określone w ustawie

systemowej przesłanki żądania zwrotu nienależnie pobranego świadczenia na podstawie art. 84 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń. Zgodnie z tym przepisem, osoba, która pobrała nienależne świadczenie z ubezpieczeń społecznych, zobowiązana jest do jego zwrotu wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie, w wysokości i na zasadach określonych przepisami prawa cywilnego.

Według Sądu orzekającego podstawą rozstrzygnięcia Sądu Okręgowego w Koszalinie i Sądu Apelacyjnego w Szczecinie było ustalenie, że ubezpieczona nie wykazała się obiektywnie rzeczywistym prowadzeniem działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów ustawy z 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, a czynności przez nią wykonywane, które miały być uznane za prowadzenie działalności, były jedynie pozorne i zmierzały do uwiarygodnienia wykonywania działalności na potrzeby uzyskania świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. W ocenie Sądu Okręgowego odwołująca się świadomie wykreowała pozorny tytuł podlegania do ubezpieczeń w celu uzyskania świadczeń. Dowodzą tego przedstawione przez Sąd Okręgowy przykłady pozwalające na postawienie tezy o pozorowaniu działalności takie jak:

- krótki okres efektywnego prowadzenia działalności między czerwcem a sierpniem 2012 r.,
- zarejestrowanie działalności po dwuletniej przerwie i zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych od 1 czerwca 2012 r. ze świadomością stanu ciąży,
- zadeklarowanie najwyższej podstawy wymiaru składek w sytuacji wystąpienia w krótkim czasie długotrwałej niezdolności do pracy,
- brak jakiejkolwiek aktywności w przerwach między okresami zasiłkowymi,
- brak jakichkolwiek przedsięwzięć, które potwierdzałyby zamiar prowadzenia działalności w sposób ciągły i zorganizowany,
- wybór zryczałtowanego sposobu opodatkowania w formie karty podatkowej, który uniemożliwia obiektywne potwierdzenie wysokości osiągniętych dochodów,
- zamówienie kasy fiskalnej dopiero w czasie prowadzenia przez organ rentowy postępowania wyjaśniającego (w grudniu 2018 r.).

W ocenie Sądu Rejonowego, skoro ubezpieczona swoim działaniem pozorowała prowadzenie działalności i jednocześnie w trakcie korzystania ze zwolnień lekarskich pobierała zasiłki z ubezpieczenia społecznego, to nie sposób uznać, aby nie działała w sposób świadomy i przemyślany w celu uzyskania nienależnych świadczeń. Działanie ubezpieczonej zaktualizowało przesłankę wskazaną w art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, to jest wypełniło znamiona świadomego wprowadzania w błąd organu wypłacającego świadczenia. Ubezpieczona utrzymywała, że prowadzi działalność gospodarczą, a jak wynika z ustaleń faktycznych, działalności tej 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, zgłoszoną do ubezpieczeń społecznych. W konsekwencji nie można obciążać organu rentowego ryzykiem w sytuacji, gdy strona nie podaje Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych pełnej informacji o swoim rzeczywistym statusie. Dopiero bowiem perspektywa czasu i zachowanie ubezpieczonej ujawniły, że działania były pozorowane na wykonywanie działalności gospodarczej, co zostało przesądzone w innym postępowaniu.

Zdaniem Sądu oczywistym jest, że ubiegając się o świadczenie, ubezpieczona musiała złożyć wniosek. Wniosek zawierał oświadczenie ubezpieczonej o istnieniu okoliczności dających podstawę do świadczeń. Prawdziwość danych wnioskująca potwierdzała własnoręcznym podpisem, a więc organ rentowy przyjął, że podane dane były prawdziwe. Organ rentowy opiera się na danych podanych przez wnioskodawcę i nie jest w stanie weryfikować ich pod każdym względem. Z tego powodu organ korzysta z uprawnienia do prowadzenia kontroli wstecznych w zakresie posiadania tytułów do ubezpieczeń, jak i prawidłowości pobierania świadczeń. Ponadto według Sądu, nie jest wymagane uprzednie pouczenie o możliwości utraty pobranych zasiłków z przyczyn ustawowo określonych, których wystąpienia nie da się z góry przewidzieć. W takich sytuacjach brak pouczenia nie wystarcza do wyrokowania w zakresie uchylenia obowiązku zwrotu pobranych świadczeń (wyrok Sądu Najwyższego z 29 stycznia 2019 r., III UK 11/18). Podsumowując, Sąd pierwszej instancji uznał, że pobrane przez odwołującą się świadczenia podlegają zwrotowi jako nienależne, gdyż świadomie wprowadziła w

błąd organ wypłacający świadczenia co do okoliczności zapewniających prawo do świadczeń, które potraktowała jako formę zarobkowania. Z podanych względów Sąd oddalił odwołanie.

Sąd Okręgowy w Koszalinie wyrokiem z 1 sierpnia 2023 r. oddalił apelację R.Ś. od wyroku Sądu Rejonowego, uznając, że podniesione w niej zarzuty były bezzasadne. Sąd Okręgowy w całości podzielił ustalenia Sądu pierwszej instancji, jak i ocenę prawną tego Sądu.

Sąd Okręgowy uznał, że Sąd pierwszej instancji nie naruszył art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Sąd zwrócił uwagę, że z powyższego przepisu wynika, iż za kwoty nienależnie pobranych świadczeń uważa się 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. Świadomym wprowadzeniem w błąd jest umyślne działanie świadczeniobiorcy, które ma postać zamiaru bezpośredniego lub zamiaru ewentualnego. W rozumieniu art. 84 ust. 2 pkt 2 wskazanej ustawy błąd stanowi następstwo świadomego działania pobierającego świadczenie, determinowanego wolą wywołania przekonania po stronie organu rentowego, 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 ubezpieczonego, wywołanego na skutek świadomego zachowania osoby pobierającej świadczenie. Organ rentowy może domagać się zwrotu nienależnie pobranego świadczenia jedynie wówczas, gdy ubezpieczonemu można przypisać złą wolę. Obowiązek zwrotu obciąża tylko tego, kto przyjął świadczenie w złej wierze, wiedząc, że mu się ono nie należy, co dotyczy zarówno osoby, która została pouczona o okolicznościach, w jakich nie powinna pobierać świadczeń, jak też osoby, która uzyskała świadczenia na podstawie nieprawdziwych zeznań lub dokumentów, albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd instytucji ubezpieczeniowej.

W przekonaniu Sądu Okręgowego ocena zebranego w sprawie materiału dowodowego wskazuje, że świadomość działania z pokrzywdzeniem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, istniała u odwołującej się od początku rejestracji działalności gospodarczej. Wszelkie działania z nią związane miały charakter iluzoryczny. Żaden racjonalny przedsiębiorca, rozpoczynający działalność na rynku wiedząc, że z przychodów z działalności musi opłacić wszelkie daniny publicznoprawne i jeszcze uzyskać rentowny zysk 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. Liczy bowiem na to, by przy niskim wkładzie własnym do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych uzyskać nieproporcjonalnej wysokości świadczenia. Niezależnie od tego, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych początkowo nie kwestionował tytułu do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia chorobowego, według Sądu nie oznacza, że nie ma prawa tego uczynić później.

Sąd odwoławczy uznał również, że ubezpieczona pobierając świadczenia, nie działała w dobrej wierze już od momentu rejestracji działalności gospodarczej. Działania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych takie jak wydawanie decyzji o wypłacie zasiłków i kolejnych świadczeń były konsekwencją wytworzenia przez ubezpieczoną fałszywego przeświadczenia u organu rentowego, że faktycznie zamierza ona prowadzić zarejestrowaną działalność ciągle, osiągać z niej przychody pozwalające na zarobek i utrzymanie, opłacenie podatków i innych danin publicznoprawnych. Gdyby ubezpieczona nie pozorowała jakichkolwiek czynności związanych z działalnością, lecz faktycznie ją wykonywała, nie doszłoby do wydania decyzji o wyłączeniu jej z ubezpieczeń społecznych na podstawie prawomocnej decyzji z 14 marca 2019 r., ani też do wydania decyzji o zwrocie świadczeń związanych z ubezpieczeniem. Według Sądu obowiązkiem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych jest dbanie o to, aby świadczenia z ubezpieczenia społecznego trafiały do osób uprawnionych. Zakład Ubezpieczeń Społecznych zarządza funduszem, do którego trafiają składki, także od tych osób, które ze świadczeń nie korzystają, bądź czynią to bardzo rzadko. Stanowi to urzeczywistnienie zasady solidaryzmu osób

wpłacających składki do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Sąd podkreślił, że przepisy ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych dają Zakładowi możliwość weryfikowania zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i kontroli przebiegu całego ubezpieczenia, w tym także wstecznej kontroli. Według Sądu, 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. Zakład na moment wypłaty, z winy ubezpieczonej nie miał pełnego obrazu jej motywacji i faktycznej sytuacji.

Sąd drugiej instancji podniósł, że w toku postępowania sądowego o podleganie ubezpieczeniom społecznym, bezspornie ustalono, że w czasie przerw między zwolnieniami lekarskimi odwołująca nie wykonywała czynności należących do zakresu działalności gospodarczej. Ubezpieczona, wielokrotnie świadomie wprowadzała organ rentowy w błąd, składając oświadczenia co do podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, mimo niespełnienia podstawowej przesłanki podlegania temu ubezpieczeniu, a mianowicie prowadzenia działalności gospodarczej. O stanie świadomości odwołującej się świadczy także fakt, że mimo posiadania urzędzeń, nie podejmowała ona żadnych czynności mających na celu wznowienie działalności gospodarczej w przerwach między zwolnieniami lekarskimi, nie zatrudniała też pracowników, którzy mogliby wykonywać zlecenia, nie reklamowała swojej działalności. W dokumentacji dotyczącej ubieganiu się o zasiłek chorobowy wnioskodawczynie podawała nieprawdziwe dane co do faktycznego prowadzenia działalności. Składając w ramach postępowania zasiłkowego i co do świadczenia rehabilitacyjnego oświadczenia, że jest objęta ubezpieczeniem chorobowym jako osoba prowadząca działalność gospodarczą, świadomie wprowadzała w błąd organ rentowy, gdyż faktycznie tej działalności nie prowadziła. Mając na uwadze powyższe okoliczności, Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, że wnioskodawczynie pobrała w spornych okresach ze swojej winy nienależne zasiłki chorobowe, świadczenia rehabilitacyjne i zasiłki opiekuńcze, bowiem w dacie przyznania prawa do tych świadczeń uzyskiwała wypłatę na podstawie świadomego wprowadzenia organu w błąd, co do okresów podlegania ubezpieczeniu społecznemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej w związku z jej pozorowaniem. Złożenie przez odwołującą się (osobę faktycznie niewykonyującą

działalności gospodarczej) zaświadczeń o niezdolności do pracy i oświadczeń o podleganiu ubezpieczeniom społecznym (w sytuacji oczywiście nieuzasadniającej prawa do tego świadczenia) było wprowadzeniem w błąd organu rentowego w rozumieniu art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, co prowadzi do konieczności uznania pobranych w ten sposób świadczeń za nienależne i podlegające zwrotowi stosownie do art. 84 ust. 1 ustawy systemowej.

W wywiedzionej od powyższego wyroku skardze kasacyjnej odwołująca się zaskarżyła wyrok Sądu Okręgowego w całości. Zaskarżonemu orzeczeniu zarzuciła rażące naruszenie prawa materialnego, a mianowicie:

- art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej przez przyjęcie, że ubezpieczona wprowadziła w błąd organ co do podlegania ubezpieczeniom społecznym, podczas gdy ubezpieczona prowadziła działalność gospodarczą, była kontrolowana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, który to organ nie stwierdził żadnych nieprawidłowości, w konsekwencji kontynuując wypłatę świadczeń przez kolejne okresy, a tym samym ubezpieczona nie mogła mieć świadomości, że wypłacane jej świadczenia są nienależne,

- art. 18 ust. 8 ustawy systemowej przez jego błędną wykładnię i przyjęcie, że przedsiębiorca zakładający działalność gospodarczą wiedząc, że z przychodów musi opłacić wszelkie daniny publicznoprawne i uzyskać zysk rentowny z działalności, nie ustala najwyższej możliwej podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe, chyba że zamierza wykorzystać przepisy ustawy systemowej i uzyskać prawo do wysokich świadczeń, podczas gdy według poglądu, który podziela strona skarżąca, przepis ten pozwala osobom prowadzącym pozarolniczą działalność samodzielnie określać i deklarować wysokość podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, zakreślając jedynie jej dolną granicę, w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą obowiązek opłacania składek na ubezpieczenia społeczne i ich wysokość nie są powiązane z osiągniętym faktycznie przychodem, lecz wyłącznie z istnieniem obowiązkowego tytułu podlegania ubezpieczeniom i zadeklarowaną przez ubezpieczonego kwotą, niezależnie od tego, czy ubezpieczony osiąga przychody i w jakiej wysokości. Po stronie osoby prowadzącej pozarolniczą działalność istnieje zatem uprawnienie do zadeklarowania w granicach zakreślonych ustawą dowolnej kwoty jako podstawy

wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, jedynie nie niższej niż wskazana w art. 18 ust. 8 ustawy systemowej, czy w art. 18a ust. 1, wobec czego sposób, w jaki ubezpieczony realizuje to uprawnienie, zależy wyłącznie od decyzji tej osoby.

W oparciu o przedstawione zarzuty skarżąca wniosła o uchylenie zaskarżonego orzeczenia w całości i orzeczenie co do istoty sprawy przez ustalenie, że ubezpieczona R. Ś. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą nie ma obowiązku zwrotu nienależnie pobranego świadczenia w łącznej wysokości 241 842,44 zł, ewentualnie wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi drugiej instancji do ponownego rozpoznania, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego, w tym kosztach zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W odpowiedzi na skargę kasacyjną organ rentowy wniosł o jej oddalenie i zasądzenie od ubezpieczonej na rzecz organu rentowego kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu kasacyjnym według norm prawem przepisanych.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

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

Założeniem wstępnym jest, że to płatnik składek deklaruje podstawę wymiaru składek, a organ rentowy działa w zaufaniu do obywatela, że deklarowana składka nie narusza przepisów prawa i nie zmierza do nieakceptowanego społecznie zgłaszania najwyższej możliwej podstawy wymiaru składki w oderwaniu od rzeczywiście prowadzonej działalności, wyłącznie w celu uzyskania „maksymalnych, nierealnych” świadczeń. Sądy rozstrzygające, niezależnie od powyższej konstatacji, nie zakwestionowały w ogólności prawa organu rentowego do przeprowadzenia postępowania kontrolnego mającego na celu weryfikację zadeklarowanej przez odwołującą się podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne. W orzecznictwie jest obecna linia orzecznicza Sądu Najwyższego, w ramach której zaaprobowano takie uprawnienie organu rentowego w odniesieniu do osób rozpoczynających prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej (wyroki Sądu Najwyższego z: 5 września 2018 r., I UK 208/17, LEX nr 2541912; 17 kwietnia

2024 r., I USKP 26/23, LEX nr 3705111; 13 sierpnia 2024 r., II USKP 30/24, LEX nr 3746342; por. uchwałę Sądu Najwyższego z 21 kwietnia 2010 r., II UZP 1/10, OSNP 2010, nr 21-22, poz. 267).

Sąd Najwyższy w uchwale z 29 listopada 2023 r. (III UZP 3/23, OSNP 2024 nr 5, poz. 51), której nadano moc zasady prawnej, stwierdził, że organ rentowy w przypadku podjęcia pozarolniczej działalności przez ubezpieczonego, nie negując tytułu podlegania ubezpieczeniom społecznym, jest uprawniony do weryfikacji podstawy wymiaru składek na te ubezpieczenia w sytuacji, gdy w początkowym okresie prowadzenia tej działalności ubezpieczony deklaruje podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, której wysokość nie ma odzwierciedlenia w przychodach (art. 6 ust. 1 pkt 5 w związku z art. 83 ust. 1 pkt 1 i 3 w związku z art. 41 ust. 12 i 13, art. 68 ust. 1 oraz art. 86 ust. 1 i 2 w związku z art. 2a ustawy systemowej). Kwestie, które skupiają się wokół interpretacji i stosowania art. 18 ust. 8 ustawy systemowej, dotyczą również odpowiedzi na pytanie, czy w ogóle dopuszczalna jest ingerencja organu rentowego oraz sądu w wysokość zadeklarowanej przez osobę ubezpieczoną podstawy wymiaru składek, podczas gdy podstawa ta mieści się w ustawowych granicach (wyroki Sądu Najwyższego z: 19 marca 2024 r., I USKP 58/23; 17 kwietnia 2024 r., I USKP 26/23). Sytuacja osoby prowadzącej działalność gospodarczą, która deklaruje wysoką podstawę oskładkowania już od początku prowadzenia tej działalności, a zaraz potem realizuje ryzyko socjalne, zdaniem Sądu Najwyższego, nie jest normalną i typową dla niej, gdy osoba rozpoczynająca prowadzenie działalności gospodarczej nie ma przychodów (albo są niewielkie), a mimo to płaci składki od maksymalnej podstawy tylko po to, aby pobierać maksymalne świadczenia z ubezpieczenia chorobowego. Powinien istnieć związek funkcjonalny pomiędzy prowadzoną działalnością pozarolniczą a wysokością zadeklarowanej podstawy wymiaru składki.

Przeniesienie wskazanych uwag na grunt niniejszej sprawy oznaczało konieczność przede wszystkim odwołania się do tego, co było przedmiotem sprawy, czyli nie wysokości podstawy wymiaru składki, a kwestii zwrotu nienależnie pobranych świadczeń. W analizowanej sprawie, jak przyjęły Sady obu instancji, mieliśmy do czynienia z sytuacją świadomego wprowadzenia w błąd organu rentowego przewidzianą w art. 84 ust. 1 pkt 2 ustawy systemowej przez

wnioskodawczynię. Sady ustaliły, że nie wykonywała ona działalności gospodarczej i we wniosku świadomie wprowadziła organ rentowy w błąd, oświadczając, że będzie prowadziła działalność gospodarczą, której nie prowadziła, a jedynie ją pozorowała. Od samego początku, zgłaszając się do ubezpieczenia społecznego, miała świadomość, że tej działalności nie będzie prowadziła.

Na marginesie należy zasygnalizować jednak pewien problem, gdyż sprawa nie była taka sama, że Sąd Najwyższy w wyroku z 5 grudnia 2018 r. (III UK 193/17, LEX nr 2587104) zauważył, że bezrefleksyjna wypłata na rzecz ubezpieczonej świadczenia w długim okresie i dopiero skutek ewidentnie spóźnionych ocen zanegowanie podlegania przez nią pracowniczym ubezpieczeniom społecznym, to „odwrócona” kolejność polegająca na uprzednim „uznaniu” spornego tytułu podlegania ubezpieczeniom społecznym osoby, której organ rentowy wypłacił wysokie świadczenia z pracowniczych ubezpieczeń społecznych, która nie stanowi uzasadnionej podstawy do zakwestionowania wypłaconych świadczeń jako świadczeń nienależnych w rozumieniu art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, jeżeli 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” (wyrok Sądu Najwyższego z 27 kwietnia 2023 r., III USKP 44/22, OSNP 2024, nr 12, poz. 121; postanowienie Sądu Najwyższego z 26 sierpnia 2021 r., III USK 256/21, LEX nr 3400429). Taki stan rzeczy oznacza, zdaniem Sądu Najwyższego w powołanym wyroku, zapadłym jednak w odmiennym stanie faktycznym niż w analizowanej sprawie, że 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 po kilkuletniej refleksji co do zasadności zrealizowanych kontrowersyjnie wysokich świadczeń kontestować legalność podlegania określonymu tytułowi ubezpieczeń społecznych - także w sytuacji, w której tytuł do podlegania ubezpieczeniom społecznym nie jest przedmiotem sporu, natomiast uzasadnione wątpliwości może budzić zadeklarowana podstawa wymiaru składek na te ubezpieczenia. Istota zagadnienia i braku akceptacji stanu rzeczy przez Sąd

Najwyższy w powyższym wyroku, co Sąd Najwyższy dostrzega w obecnym składzie, sprowadzała się do tego, że organ rentowy przyjmuje zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych, nie kwestionując ani istnienia samego tytułu do tych ubezpieczeń, ani deklarowanej przez osobę ubezpieczoną podstawy wymiaru składek, a następnie po wielu latach wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych wydaje decyzję co do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego, macierzyńskiego i opiekuńczego oraz świadczenia rehabilitacyjnego z funduszu chorobowego wraz z odsetkami. Powyższy zwrot wymaga, zgodnie z ugruntowaną w judykaturze wykładnią art. 84 ustawy systemowej, wykazania przez organ rentowy braku prawa do świadczenia i świadomości danej osoby, że zasiłek był nienależny oraz tego, że obie te przesłanki wystąpiły już w trakcie pobierania świadczenia.

Rozważania w kluczowym dla sprawy aspekcie 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 pouczone 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 (wyroki Sądu Najwyższego z: 17 maja 2001 r., II UKN 338/00, OSNP 2003 nr 3, poz. 71, 2 lipca 2024 r., I USKP 107/23, Legalis nr 3102130). 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 ono nie należy. Świadomym wprowadzeniem organu rentowego w błąd jest umyślne, intencyjne działanie świadczeniobiorcy, które ma postać

zamiaru bezpośredniego lub ewentualnego, nakierowane na uzyskanie świadczenia, którego przesłanki w ogóle nie mogły zostać przez niego spełnione albo nakierowane na uzyskanie świadczenia wyższego niż w rzeczywistości się należało (wyrok Sądu Najwyższego z 5 października 2022 r., II USKP 34/22, OSNP 2023 nr 9, poz. 103). Wprowadzenie w błąd stanowi niejako następstwo świadomego działania pobierającego świadczenie, determinowanego wolą wywołania przekonania po stronie organu rentowego, 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 ubezpieczonego, wywołanego na skutek świadomego zachowania osoby pobierającej świadczenie. Zadeklarowanie nieznajdującej pokrycia w przewidywanych zyskach wysokiej podstawy wymiaru składki na ubezpieczenia społeczne w momencie zgłoszenia wznowienia działalności gospodarczej oraz świadomość istnienia przeszkód do prowadzenia tej działalności ze względu na stan zdrowia, stanowią podstawę do oceny, że zamiarem ubezpieczonego nie było prowadzenie działalności gospodarczej, a zgłoszenie jej wznowienia świadomie zmierzało do wprowadzenia organu rentowego w błąd w celu uzyskania nienależnych świadczeń (art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych; wyrok Sądu Najwyższego z 6 lutego 2024 r., I USKP 102/23, OSNP 2024 nr 11, poz. 112). Zarejestrowanie przez skarżącą działalności gospodarczej i towarzyszące temu zadeklarowanie nieznajdującej pokrycia w przewidywanych zyskach wysokiej podstawy wymiaru składki na ubezpieczenia społeczne, a przy tym ze świadomością istnienia przeszkód do prowadzenia tej działalności (związana z tym planowana jej przerwa) zgodnie z ustaleniami Sądów wskazywała na intencję (element subiektywny) nie tyle podjęcia i wykonywania zarobkowej działalności gospodarczej o charakterze ciągłym, ile włączenia się do systemu ubezpieczeń społecznych w celu uzyskania wysokich świadczeń.

Również w doktrynie podkreśla się, że zarzut pobrania nienależnego świadczenia z ubezpieczenia społecznego może być podniesiony tylko wobec osoby, która otrzymała świadczenie bezpodstawnie i to tylko wówczas, gdy osoba ta miała

świadomość, że wypłacone świadczenie jej się nie należy (B. Gudowska, Zwrot nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych - część 1, PiZS 2011, nr 7, s. 18; część 2, PiZS 2011, nr 8, s. 28). Istotną cechą nienależnie pobranego świadczenia jest więc świadomość osoby pobierającej świadczenie co do nieprzysługiwania jej prawa do tego świadczenia w całości lub w części od początku jego pobierania albo w następstwie mających miejsce później zdarzeń. Świadomość ta jest elementem decydującym o zakwalifikowaniu świadczenia jako nienależnie pobranego (wyrok Sądu Najwyższego z 28 stycznia 2021 r., I USKP 3/21, OSNP 2021 nr 12, poz. 137). Kryterium istnienia świadomości wynika bądź z pouczenia dokonanego przez organ rentowy, bądź z niektórych zachowań samego ubezpieczonego takich jak składanie fałszywych zeznań, posługiwanie się fałszywymi dokumentami oraz inne przypadki świadomego wprowadzania organu rentowego w błąd (K. Brzozowska, E. Dawidowska-Myszka, Obowiązek zwrotu nienależnie pobranego świadczenia z ubezpieczenia społecznego, Przegląd Sądowy 2015, nr 7-8, s. 103). Autorzy podnoszą również, że o ile w przepisach prawa cywilnego pojęcie świadczenia nienależnego jest kategorią zobiektywizowaną - art. 410 § 2 k.c., elementy odnoszące się do stanu świadomości uregulowane są zaś odrębnie w art. 409 k.c., o tyle w przepisach prawa ubezpieczeniowego następuje połączenie obu tych elementów w definicji świadczenia nienależnie pobranego. Na gruncie ubezpieczeń społecznych świadczenie nienależnie pobrane to zatem nie tylko świadczenie nienależne, czyli obiektywnie wypłacane bez podstawy prawnej, lecz także nienależnie pobrane, a więc pobrane przez osobę, której można przypisać określone cechy dotyczące stanu świadomości (woli) lub określone działania (zaniechania). W przekonaniu Sądu drugiej instancji, który w całości podzielił ustalenia Sądu pierwszej instancji, ocena zebranego w sprawie materiału dowodowego wskazuje na to, że świadomość działania z pokrzywdzeniem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, który zarządza wypłatami z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, istniała u odwołującej się od początku rejestracji działalności gospodarczej. Wszelkie działania z nią związane miały charakter iluzoryczny.

W okolicznościach faktycznych ustalonych w sprawie, zdaniem Sądu Najwyższego rozstrzygającego in gremio w sprawie, na podkreślenie zasługuje przy rozstrzygnięciu skargi kasacyjnej skarżącej, że: kontrola pod kątem, czy

prowadziła działalność gospodarczą, została przeprowadzona - zakończona decyzją, że nie podlegała ubezpieczeniom (w dniu jej wydania sporządzona notatka organu rentowego, że część świadczeń przedawniła się), w tym zakresie toczyło się odrębne postępowanie; wybór zryczałtowanego sposobu opodatkowania w formie karty podatkowej bez potwierdzenia wysokości osiąganych dochodów z uwzględnieniem stosowania kasy fiskalnej po kilku latach od wprowadzenia obowiązku (w czasie prowadzenia przez organ rentowy postępowania wyjaśniającego); prowadzenie przedmiotowej działalności gospodarczej jako studia urody („mobilnego zakładu fryzjerskiego”) przy bezspornym ustaleniu, że w czasie przerw między zwolnieniami lekarskimi odwołująca nie wykonywała czynności należących do zakresu działalności gospodarczej (tym bardziej przedsięwzięć, które potwierdzałyby zamiar prowadzenia działalności w sposób ciągły i zorganizowany, Sądy orzekające w sprawie przyjęły krótki okres efektywnego prowadzenia działalności między czerwcem a sierpniem 2012 r.), mimo posiadania urządzeń – nie miała bazy klientów (brak ustosunkowania się w jakimkolwiek zakresie) – odwołująca się nie podejmowała żadnych czynności mających na celu wznowienie działalności gospodarczej w przerwach między zwolnieniami lekarskimi, nie zatrudniała też pracowników, którzy mogliby wykonywać zlecenia, nie promowała swojej działalności.

Zwraca się przy tym uwagę, że Sąd Najwyższy zgodnie z art. 398¹³ § 2 k.p.c. jest związany ustaleniami faktycznymi stanowiącymi podstawę zaskarżonego orzeczenia. Związanie to wyklucza nie tylko przeprowadzenie dowodów, lecz także badanie, czy Sąd drugiej instancji nie przekroczył granic swobodnej ich oceny. Z tego punktu widzenia każdy zarzut skargi kasacyjnej, który miałby na celu polemikę z ustaleniami faktycznymi Sądu drugiej instancji, chociażby pod pozorem kwestionowania wykładni lub niewłaściwego zastosowania określonych przepisów prawa materialnego, z uwagi na jego sprzeczność z art. 398³ § 3 k.p.c. jest *a limine* niedopuszczalny (wyroki Sądu Najwyższego z: 25 czerwca 2020 r., II CSK 695/18, LEX nr 3049035; 23 kwietnia 2024 r., III USKP 28/24, Legalis nr 3071211).

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.t]