



WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 27 maja 2025 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Jarosław Sobutka (przewodniczący)

SSN Robert Stefanicki (sprawozdawca)

SSN Agnieszka Żywicka

Protokolant Jolanta Major

w sprawie z odwołania K. L.

na decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w Wałbrzychu

o zwrot nienależnie pobranych świadczeń,

po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w dniu 27 maja 2025 r.,

skargi kasacyjnej odwołującej się od wyroku Sądu Okręgowego w Jeleniej Górze

z dnia 12 grudnia 2023 r., sygn. akt VII Ua 24/23,

**uchyła zaskarżony wyrok i sprawę przekazuje Sądowi
Okręgowemu w Jeleniej Górze do ponownego rozpoznania oraz
orzeczenia o kosztach postępowania kasacyjnego.**

Robert Stefanicki Jarosław Sobutka Agnieszka Żywicka

UZASADNIENIE

Wnioskodawczyni K. L. odwołała się od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w Wałbrzychu z dnia 10 marca 2022 r., na podstawie której:

1) odmówiono jej prawa do zasiłku chorobowego za okresy od 28 grudnia 2016 r. do 19 czerwca 2017 r., od 20 września 2017 r. do 4 marca 2018 r., od 30 marca 2019 r. do 8 kwietnia 2019 r., od 20 maja 2019 r. do 2 czerwca 2019 r., od 4 czerwca 2019 r. do 11 czerwca 2019 r., od 13 lutego 2020 r. do 7 lipca 2020 r.; świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 20 czerwca 2017 r. do 17 września 2017 r.; zasiłku macierzyńskiego za okres od 5 marca 2018 r. do 3 marca 2019 r.; zasiłku opiekuńczego za okresy od 4 marca 2019 r. do 15 marca 2019 r., od 12 września 2019 r. do 15 września 2019 r., od 7 października 2019 r. do 18 października 2019 r., od 12 listopada 2019 r. do 20 listopada 2019 r., od 23 stycznia 2020 r. do 28 stycznia 2020 r. oraz za dzień 10 sierpnia 2019 r.;

2) stwierdzono, że wypłacone wnioskodawczyni świadczenia: zasiłek chorobowy za okresy od 28 grudnia 2016 r. do 19 czerwca 2017 r., od 20 września 2017 r. do 4 marca 2018 r.; świadczenie rehabilitacyjne od 20 czerwca 2017 r. do 17 września 2017 r.; zasiłek macierzyński za okres od 5 marca 2018 r. do 31 stycznia 2019 r. stanowią świadczenia pobrane nienależnie;

3) zobowiązano ją do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego, zasiłku macierzyńskiego i świadczenia rehabilitacyjnego wraz z odsetkami w łącznej kwocie 223.512,33 zł brutto.

Wnioskodawczyni wniosła o zmianę zaskarżonej decyzji, podnosząc, że nie zgadza się z decyzją organu. Wskazała, że nie zaistniały przesłanki pozwalające na żądanie przez organ rentowy zwrotu wypłaconych jej świadczeń, gdyż organ rentowy nie wskazał jakie okoliczności spośród przesłanek z art. 84 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych wystąpiły.

W odpowiedzi na odwołanie strona pozwana, reprezentowana przez radcę prawnego, wniosła o oddalenie odwołania i zasądzenie od wnioskodawczyni kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Rejonowy w Jeleniej Górze wyrokiem z dnia 3 lipca 2023 r. oddalił odwołanie wnioskodawczyni (pkt I), kosztami sądowymi obciążył Skarb Państwa (pkt II) i zasądził od wnioskodawczyni na rzecz strony pozwanej kwotę 10.800 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego (pkt III).

Powyższe rozstrzygnięcie Sąd pierwszej instancji oparł na następujących ustaleniach faktycznych: K. L. zarejestrowała działalność gospodarczą w dniu 1

września 2013 r., pod firmą F., której przedmiotem był handel artykułami dla dzieci. Wnioskodawczyni rozpoczęła prowadzenie tej działalności, będąc w ciąży i deklarując maksymalną podstawę wymiaru składek, to jest w wysokości 9.031,28 zł, aby uzyskać jak najwyższe świadczenia. Dnia 2 października 2013 r. złożyła wniosek o wypłatę pierwszego świadczenia i przebywała na zasiłku chorobowym do 26 marca 2014 r. Następnie urodziła dziecko dnia 27 marca 2014 r. i przebywała na zasiłku macierzyńskim do 25 marca 2015 r., później od 26 marca 2015 r. na zasiłku chorobowym do 23 września 2015 r. Wnioskodawczyni od 26 listopada 2015 r. pobierała zasiłki chorobowe do 8 lutego 2016 r., a następnie od 12 lutego 2016 r. do 10 kwietnia 2016 r., od 19 kwietnia 2016 r. do 17 października 2016 r. Od 30 listopada 2016 r. do 11 grudnia 2016 r. K. L. pobierała zasiłek opiekuńczy, w okresach od 19 do 26 grudnia 2016 r., od 28 grudnia 2016 r. do 19 czerwca 2017 r. zasiłek chorobowy, od 20 czerwca 2017 r. do 17 września 2017 r. świadczenie rehabilitacyjne, od 20 września 2017 r. do 4 marca 2018 r. zasiłek chorobowy, od 5 marca 2018 r. do 31 stycznia 2019 r. zasiłek macierzyński. Za okres od 1 lutego 2019 r. wnioskodawczyni złożyła roszczenie o dalsze zasiłki. Zakład Ubezpieczeń Społecznych przeprowadzał w spornym okresie 10-krotnie kontrole wykorzystywania zwolnień lekarskich w miejscu zamieszkania K. L. W wyniku kontroli ustalano poprawne ich wykorzystywanie. Dwukrotnie też kontrolował pobieranie zasiłku opiekuńczego i nie stwierdził nieprawidłowości. K. L. uzyskała świadczenia z ubezpieczenia chorobowego za okresy przypadające z przerwami od podstawy w wysokości 7.793,09 zł za okres od 2 października 2013 r. do 19 czerwca 2017 r. oraz od podstawy w wysokości 8.182,74 zł za okres od 20 czerwca 2017 r. do 31 stycznia 2019 r. Łączna kwota wypłaconych wnioskodawczyni świadczeń od 2 października 2013 r. do 31 stycznia 2019 r. z ubezpieczenia chorobowego to 407.498,53 zł brutto. Zasiłki chorobowe i opiekuńcze za okres od 26 listopada 2015 r. do 26 grudnia 2016 r. nie zostały uznane przez organ za świadczenia pobrane nienależnie z powodu przedawnienia.

Z tytułu prowadzonej działalności wnioskodawczyni uzyskała za: 2015 r. przychód 563 zł i dochód 143,34 zł, koszty 420,16 zł, 2016 r. przychód 0 zł, stratę 878,29 zł, koszty 878,29 zł, 2017 r. przychód 0 zł, strata 22.239,85 zł, koszty 22.239,85 zł, 2018 r. strata 17.790,98 zł, 2019 r. strata 811,86 zł. Po urodzeniu

dziecka w 2018 r. po ustaniu zasiłku macierzyńskiego i wyczerpaniu okresów zasiłkowych wnioskodawczynie zadeklarowała najniższą podstawę na ubezpieczenia z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. Od dnia 7 lipca 2021 r. K. L. zawiesiła działalność gospodarczą. W następnym okresie została zatrudniona przez matkę. Zakład Ubezpieczeń Społecznych wypłacił wnioskodawczynie świadczenia objęte zaskarżoną decyzją z dnia 10 marca 2022 r. tytułem zasiłku chorobowego, zasiłku macierzyńskiego i świadczenia rehabilitacyjnego w łącznej kwocie 176.195,97 zł brutto. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Wałbrzychu w dniu 12 lipca 2019 r. wydał decyzję, w której stwierdził, że K. L. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą nie podlega obowiązkowym ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 24 września 2015 r. Wydanie decyzji poprzedzone było prowadzeniem postępowania dowodowego, w którym brała udział wnioskodawczynie, w tym przedkładała dowody z dokumentów. Sąd Okręgowy w Jeleniej Górze wyrokiem z dnia 24 czerwca 2021 r. oddalił odwołanie wnioskodawczynie od decyzji z 12 lipca 2019 r. Sąd Apelacyjny we Wrocławiu postanowieniem z dnia 16 września 2021 r. (III AUa 1703/21) odrzucił apelację wnioskodawczynie złożoną od powyższego wyroku wobec wniesienia jej po ustawowym terminie. Następnie Sąd ten postanowieniem z dnia 2 grudnia 2021 r. oddalił wniosek odwołującej się o przywrócenie terminu do wniesienia apelacji i odrzucił apelację z dnia 19 listopada 2021 r.

Sąd Okręgowy podzielił stanowisko organu rentowego wyrażone w decyzji z dnia 12 lipca 2019 r. Podkreślił, że działalność, jaką prowadziła wnioskodawczynie, nie spełniała wymogów definicji z art. 2 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, w szczególności nie była prowadzona w sposób zorganizowany i ciągły. Była natomiast incydentalna, okresowa i przynosząca stałe, znaczne straty. Sąd Okręgowy wskazał, że wnioskodawczynie instrumentalnie wykorzystwała zarejestrowanie działalności gospodarczej po to, aby uzyskać wysokie świadczenia. Wymieniona miała z góry zaplanowany cel zgłoszenia się do ubezpieczeń społecznych z maksymalną podstawą wymiaru składek, aby uzyskać świadczenia, które stanowiły dla niej dochodowe źródło utrzymania. Opierając się na powyższych ustaleniach, Sąd Rejonowy uznał, że odwołanie wnioskodawcy nie

zasługiwało na uwzględnienie. Sąd wskazał, że podstawą wydania zaskarżonej decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych było prawomocne zakończenie postępowania, które wcześniej toczyło się w stosunku do wnioskodawczynie, a dotyczyło zanegowania przez organ rentowy podlegania przez wnioskodawczynię ubezpieczeniom społecznym i dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej. Decyzją z 12 lipca 2019 r. organ rentowy uznał bowiem, że K. L. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą nie podlega obowiązkowym ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 24 września 2015 r. Stanowisko Zakładu Ubezpieczeń Społecznych zostało w pełni zaaprobowane przez Sąd Okręgowy w Jeleniej Górze w wyroku z dnia 24 czerwca 2021 r., który rozpoznawał odwołanie wnioskodawczynie od tej decyzji (sprawa o sygn. VII U 1047/19). Wnioskodawczynie złożyła po ustawowym terminie apelację od tego wyroku. Sąd Apelacyjny we Wrocławiu postanowieniem z dnia 16 września 2021 r. (sygn. akt III AUa 1703/21) odrzucił jej apelację. Następnie Sąd ten postanowieniem z dnia 2 grudnia 2021 r. oddalił wniosek K. L. o przywrócenie terminu do wniesienia apelacji i odrzucił apelację z dnia 19 listopada 2021 r.

Sąd Rejonowy podkreślił, że był związany ostateczną decyzją Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z 12 lipca 2019 r. oraz ustaleniami sądu w sprawie VII U 1047/19 i wydanym na ich podstawie rozstrzygnięciem. Powołując się na wyrok Sądu Najwyższego z 12 marca 2013 r. (I UK 639/12) Sąd pierwszej instancji uznał, że nie mógł prowadzić postępowania dowodowego w celu ustalenia, czy K. L. faktycznie prowadziła działalność gospodarczą i z tego tytułu podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, które mogło być podstawą do wypłacenia jej świadczeń w latach 2016-2019. Uwzględnił bowiem, że Sąd Okręgowy w Jeleniej Górze w sprawie o sygn. akt VII U 1047/19 stwierdził, że wnioskodawczynie nie prowadziła faktycznie działalności gospodarczej w rozumieniu art. 2 obowiązującej do 30 kwietnia 2018 r. ustawy z 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, jak i w rozumieniu obecnie obowiązującej ustawy z dnia 6 marca 2018 r. prawo przedsiębiorców. W uzasadnieniu tego rozstrzygnięcia Sąd Okręgowy wskazał m.in., że K. L., będąc w ciąży, celowo zadeklarowała wysoką podstawę wymiaru składki na ubezpieczenia społeczne pod pozorem wykonywania działalności gospodarczej tylko

w intencji uzyskania wysokich świadczeń z ubezpieczeń społecznych na wypadek choroby i macierzyństwa. Taka postawa wnioskodawczynie wynikała wprost z jej działań, w tym zadeklarowanej składki. Sąd wskazał również, iż wnioskodawczynie, choć formalnie zgłoszona była do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu zarejestrowania działalności gospodarczej to jednak faktycznie tej działalności nie prowadziła w rozumieniu wyżej wskazanych przepisów. Sąd podkreślił, że obowiązek ubezpieczenia osoby prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą wynika z faktycznego jej prowadzenia, przy czym działalność ta musi być nastawiona na przynoszenie realnego zysku. Brak osiągnięcia zysków (dochodów) przesądza, że nie można takiej działalności uznać za działalność gospodarczą. Sąd Okręgowy stwierdził, że wnioskodawczynie podejmowała czynności w celu upozorowania prowadzenia działalności gospodarczej. Nie była to działalność stała, zorganizowana, systematyczna, ukierunkowana na osiągnięcie zysku (wzbogacenie się), a jedynie nastawiona na otrzymanie najwyższych ustawowych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego.

Sąd pierwszej instancji rozpoznając niniejszą sprawę, uznał, że nie mógł pominąć powyższych ustaleń Sądu Okręgowego podczas prowadzonego postępowania. Ustalenia te i ocena zachowania wnioskodawczynie nie mogły być obojętne dla oceny w niniejszej sprawie, czy wnioskodawczynie w sposób nienależny pobrała świadczenia opisane w decyzji z 10 marca 2022 r. Według Sądu pierwszej instancji, biorąc pod uwagę okoliczności związane z przesądzeniem prawomocną/ostateczną decyzją z dnia 12 września 2019 r., że wnioskodawczynie nie podlegała ubezpieczeniom społecznym i dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, a mianowicie, że nie prowadziła działalności gospodarczej, lecz podjęła pewne czynności pozorujące prowadzenie działalności gospodarczej w celu uzyskania tytułu do ubezpieczenia, zarejestrowała się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego i zadeklarowała najwyższą podstawę wymiaru składki, nie sposób nie uznać, że już w momencie składania wniosków o wypłatę świadczeń w postaci zasiłku chorobowego, opiekuńczego, macierzyńskiego i o świadczenie rehabilitacyjne wprowadzała ona w błąd organ rentowy co do istnienia podstawy do

przyznania jej tych świadczeń, skoro tytuł do podlegania ubezpieczeniom społecznym nie istniał od samego początku.

Zdaniem Sądu Rejonowego, wnioskodawczyni od początku działała w sposób świadomy i zmierzający do uzyskania jak najwyższych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego bez określonych do tego podstaw prawnych. Na gruncie art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, jedną z przesłanek od ustalenia, że świadczenie zostało pobrane nienależnie, jest stwierdzenie, że świadczenie zostało przyznane lub wypłacone w innych przypadkach świadomego wprowadzania w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia. 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. Zasadnicze znaczenie dla rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie miało prawomocne rozstrzygnięcie wydane w sprawie o sygn. akt VII U 1047/19 i podstawy jego wydania. Z tych względów Sąd Rejonowy uznał co do zasady zaskarżoną decyzję za prawidłową. Po zweryfikowaniu kwoty głównej określonej przez organ w zaskarżonej decyzji oraz należnych od niej odsetek, zważywszy na materiał dowodowy zgromadzony w sprawie, Sąd uznał, że organ prawidłowo obliczył kwotę główną nienależnie pobranych świadczeń tj. 176.195,97 zł. Strona pozwana prawidłowo ustaliła również wysokość odsetek na kwotę 47.316,36 zł, bowiem oparła się na treści art. 84 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Na tej podstawie Sąd Rejonowy oddalił odwołanie wnioskodawczyni.

Apelację od wyroku Sądu Rejonowego złożyła wnioskodawczyni, która zaskarżyła go w całości. Zarzuciła, że Sąd pierwszej instancji dopuścił się rażącego naruszenia prawa oraz błędnie ustalił stan faktyczny. Podnosiła, że wskazane przez organ rentowy w decyzji kwoty nie powinny być zwrócone, ponieważ zostały pobrane i wykorzystane należnie oraz zgodnie z obowiązującym prawem. Odwołująca się wniosła o zmianę wyroku Sądu Rejonowego przez ustalenie, że nie jest zobowiązana do zwrotu pobranych świadczeń oraz o nieobciążanie jej kosztami zastępstwa procesowego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Wnioskodawczyni wskazywała, że

obecnie nie może pogodzić się z tym, że Sąd twierdzi, że specjalnie założyła działalność gospodarczą, żeby wprowadzić Zakład Ubezpieczeń Społecznych w błąd i wyłudzić świadczenia. Podnosiła, że nikogo nie wprowadziła w błąd, nikogo nie oszukała, a wszystkie świadczenia pobrała i wykorzystała zgodnie z prawem.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Wałbrzychu w odpowiedzi na apelację wniósł o jej oddalenie. Uzasadniając swoje stanowisko, wskazywał, że apelacja wnioskodawczynie w żaden sposób nie podważała prawidłowego rozstrzygnięcia Sądu Rejonowego, który należycie ustalił stan faktyczny sprawy i właściwie zastosował prawo materialne, w konsekwencji oddalając odwołanie ubezpieczonej. Natomiast twierdzenia zawarte w apelacji są, zdaniem pozwanego, w przeważającej mierze niewiarygodne i przyjęte jedynie na potrzeby postępowania.

Sąd Okręgowy w Jeleniej Górze wyrokiem z dnia 12 grudnia 2023 r. oddalił apelację wnioskodawczynie. Sąd odwoławczy podzielił ustalenia faktyczne i ocenę prawną Sądu pierwszej instancji. Sąd drugiej instancji zaznaczył, że prawomocny wyrok Sądu Okręgowego z dnia 24 czerwca 2021 r. wydany w sprawie VII U 1047/19 jest wiążący w niniejszym postępowaniu. Wyrokiem tym, Sąd Okręgowy uznał za prawidłową decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 12 lipca 2019 r., w której stwierdzono, że wnioskodawczynie jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą nie podlega obowiązkowym ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 24 września 2015 r. Podstawą dla takiej oceny było uznanie przez Sąd, że wnioskodawczynie nie podlega obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym oraz ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 24 września 2015 r., ustalenie to w zakresie stanu faktycznego i prawnego było wiążące dla Sądu Rejonowego i Sądu Okręgowego orzekających w niniejszej sprawie, co wynika wprost z art. 365 § 1 k.p.c. Stąd też zarzuty dotyczące podlegania przez wnioskodawczynię ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na obecnym etapie nie mogły być skuteczne podnoszone. Okoliczności, na które powołuje się wnioskodawczynie w zakresie wysokości osiąganych obrotów, organizowanych aukcji czy korespondencji z Urzędem Skarbowym były już przedmiotem oceny Sądu przy rozstrzyganiu o prowadzeniu działalności gospodarczej. Na marginesie Sąd zwrócił uwagę, że korespondencja z

Urzędem Skarbowym, na którą powołuje się wnioskodawczynie, dotyczy okresu, który nie był objęty zaskarżonymi decyzjami. W niniejszej sprawie nie było przedmiotem sporu to, że wnioskodawczynie prowadziła działalność gospodarczą w 2013 r. Organ rentowy decyzją z dnia 12 lipca 2019 r. stwierdził, że wnioskodawczynie nie podlega ubezpieczeniom od 24 września 2015 r., a Sąd Okręgowy prawomocnym wyrokiem z dnia 24 czerwca 2021 r. powyższą kwestię potwierdził.

Sąd drugiej instancji zwrócił uwagę, że podnoszona przez wnioskodawczynię kwestia przeprowadzonych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych kontroli w czasie pobierania przez nią zasiłków, dotyczyła jedynie prawidłowości wykorzystywania przez nią zwolnień lekarskich. W żaden sposób nie można uznać, aby kontrole zwolnień lekarskich dotyczyły samego faktu prowadzenia działalności gospodarczej, ich walorów ekonomicznych, ciągłości jej prowadzenia. W tej kwestii wypowiedział się już Sąd Okręgowy w wyroku z dnia 24 czerwca 2021 r. i przesądził w sposób kategoryczny, iż działalności wnioskodawczynie od dnia 24 września 2015 r. nie można przypisać cech zarobkowych, wykonywania jej w sposób zorganizowany i ciągły. Sąd wskazywał wówczas również na incydentalność czynności podejmowanych przez ubezpieczoną oraz deklarowaną najwyższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia, oderwaną całkowicie od możliwości finansowych wynikających z przychodów osiąganych przez wnioskodawczynię. Powyższe okoliczności świadczyły, zdaniem Sądu Okręgowego, o pozorności wykonywania działalności gospodarczej od dnia 24 września 2015 r. w celu uzyskania tytułu do ubezpieczeń społecznych z najwyższą możliwą podstawą bez ekwiwalentności w stosunku do włożonych środków.

Reasumując, Sąd Okręgowy orzekający w niniejszej sprawie stanął na stanowisku, że zarzuty wnioskodawczynie podnoszone w apelacji nie mogą być skuteczne w zakresie wykazywania prowadzonej przez nią działalności gospodarczej, skoro w obrocie prawnym jest prawomocny wyrok Sądu wyłączający wnioskodawczynię z ubezpieczeń społecznych właśnie z uwagi na fakt stwierdzenia nieprowadzenia działalności gospodarczej w rozumieniu obowiązujących przepisów od dnia 24 września 2015 r. Skoro wnioskodawczynie została wyłączona z ubezpieczeń społecznych z tym dniem, to tym samym odpadła podstawa do wypłaty świadczeń z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, w następstwie braku podlegania

ubezpieczeniom. Konsekwencją tego, że wnioskodawczyni nie podlegała ubezpieczeniom społecznym jest to, że nie mogła mieć prawa do świadczeń wynikających z tego ubezpieczenia. Tym samym w przypadku wypłaty takich świadczeń stają się one nienależne, a osoba, która je pobrała, jest zobowiązana do ich zwrotu jako świadczeń nienależnie pobranych.

Sąd Okręgowy zważył, iż podstawę prawną wydania zaskarżonej decyzji stanowi art. 84 ust. 1 i 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz art. 66 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. W orzecznictwie dotyczącym problematyki zwrotu nienależnie pobranych świadczeń ugruntowany jest pogląd o możliwości domagania się przez organ rentowy zwrotu nienależnie pobranego świadczenia tylko wówczas, gdy ubezpieczonemu można przypisać złą wolę, przy czym dla ustalenia obowiązku zwrotu nienależnie pobranego świadczenia decydujące znaczenie ma świadomość i zamiar ubezpieczonego, który pobrał świadczenie w złej wierze. Z ustaleń Sądu Okręgowego poczynionych w sprawie o sygn. akt VII U 1047/19 wynikało, że wnioskodawczyni faktycznie nie prowadziła działalności gospodarczej w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej oraz następnie obowiązującej ustawy Prawo przedsiębiorców, dokonując jedynie czynności mających na celu wywołanie takiego wrażenia. Jednocześnie zadeklarowała najwyższą z możliwych podstaw składkowych, co nie znajdowało odzwierciedlenia w osiągniętych przychodach. Następnie długotrwale korzystała ze świadczeń zasiłkowych, a po ich wykorzystaniu, od stycznia 2019 r. zadeklarowała minimalną podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia. Biorąc pod uwagę powyższe okoliczności, Sąd przyjął, że wnioskodawczyni celowo i instrumentalnie wykorzystwała instytucję prawną w celu uzyskania wysokich świadczeń z ubezpieczenia chorobowego przy niewspółmiernie niskim wkładzie z tytułu składek. Świadczenia zasiłkowe stały się dla niej zatem, w sposób nieuzasadniony, stałym źródłem utrzymania. Wnioskodawczyni nie prowadziła działalności gospodarczej, a jedynie ją pozorowała. Nie miała miejsca działalność stała, zorganizowana, a przede wszystkim nastawiona na osiągnięcie zysku. Na tej podstawie zasadne było zastosowanie art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Konsekwencją powyższego było przyjęcie, że świadczenia zasiłkowe wypłacone były wnioskodawczyni w wyniku świadomego

wprowadzania przez nią w błąd strony pozwanej co do istnienia podstawy uzyskania tych świadczeń. Można więc przypisać wnioskodawczyni działania w złej wierze.

Zdaniem Sądu Okręgowego, zarzut pełnomocnika wnioskodawczyni o braku należytego pouczenia ubezpieczonej, iż pobiera świadczenie nienależne, nie zasługiwał na uwzględnienie. Osoba prowadząca działalność gospodarczą zobowiązana jest do samodzielnego naliczenia i odprowadzenia składek na ubezpieczenie społeczne. Deklaruje przy tym, że zachodzą wszelkie przesłanki do objęcia jej takim ubezpieczeniem. Stąd trudno - w ocenie Sądu - wywodzić istnienie po stronie organu rentowego obowiązku pouczenia, że skoro nie prowadzisz działalności gospodarczej, to nie podlegasz ubezpieczeniu społecznego z tego tytułu. Przesłanki do objęcia takim ubezpieczeniem określone są w powszechnie obowiązującym systemie prawnym, który każdy przedsiębiorca powinien znać. Brak było także podstaw, według Sądu, do przyjęcia za słuszny argumentu, że wnioskodawczyni nie jest obecnie wzbogacona, bowiem pobrane świadczenia zużyła. Sąd Okręgowy podzielił pogląd Sądu Najwyższego wyrażony w wyroku z dnia 14 grudnia 2021 r. (II USKP 100/21, LEX nr 3274933), zgodnie z którym nie ma żadnych podstaw do stosowania przepisów prawa cywilnego (o bezpodstawnym wzbogaceniu lub czynie niedozwolonym) do oceny wymagalności, czy przedawnienia samego nienależnie pobranego świadczenia. System ubezpieczeń społecznych zawiera bowiem w tym zakresie wyczerpujące regulacje i brak jest podstaw posilkowania się regulacjami zawartymi w kodeksie cywilnym, wobec braku stosowanego odesłania. Mając powyższe na uwadze, Sąd Okręgowy uznał zarzuty apelacji za bezpodstawne i w konsekwencji skutkujące oddaleniem apelacji.

W skardze kasacyjnej wnioskodawczyni podniosła zarzut naruszenia prawa procesowego, które miało istotny wpływ na wynik postępowania, a mianowicie:

1. art. 366 w zw. z art. 365 § 1 k.p.c. oraz art. 387 § 2¹ pkt 2 k.p.c. przez ich niewłaściwe zastosowanie w sytuacji, gdy sprawa nie dotyczy tego, co w związku z podstawą sporu stanowiło już przedmiot rozstrzygnięcia,

2. art. 6 k.p.a., 7 k.p.a., 7a k.p.a., 7b k.p.a., 8 k.p.a., 9 k.p.a., 14 k.p.a. w zw. z art. 83 ust. 1 pkt 1, 2, 3, 3a, 4 i 5 w zw. z art. 123 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych przez jego niezastosowanie, co przyczyniło się do wydania zaskarżonego wyroku.

Ponadto zarzucił także naruszenie prawa materialnego, a mianowicie:

1. art. 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych przez rażące naruszenie zasady równego traktowania wszystkich ubezpieczonych w solidarnym systemie ubezpieczeń społecznych i bezpodstawne przyjęcie, iż Zakład Ubezpieczeń Społecznych jako dysponent wpłatami wszystkich ubezpieczonych mógł doprowadzić do powstania zadłużenia po stronie ubezpieczonej w łącznej kwocie stanowiącej wartość zaskarżenia w niniejszej sprawie, a ponadto doprowadzając do przedawnienia zasiłków chorobowych i opiekuńczych za okres od 26 listopada 2015 r. do 26 grudnia 2016 r., czym znacznie zubożył fundusz, działając na szkodę,

2. art. 11 ust. 2 w zw. z art. 8 ust. 6 pkt 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych przez pominięcie faktu, iż składki emerytalne są powiązane ze składkami na ubezpieczenie chorobowe i nieuwzględnienie tego, iż pierwotną przyczyną zadeklarowania najwyższej podstawy do opłacania składek była chęć gromadzenia środków emerytalnych, a nie chorobowych,

3. art. 83 ust. 1 pkt 1, 2, 3, 3a, 4 i 5 w zw. z art. 68 ust. 1 pkt 1 lit. a), b) i c) i art. 86 ust 2 pkt 1, 2, 3 i 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych przez narażenie K. L. oraz pozostałych ubezpieczonych na uszczuplenie funduszu składowego, brak stosownych działań zmierzających do zminimalizowania skutków zaistniałej obecnie sytuacji,

4. art. 83 w zw. z art. 84 ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych przez długotrwałe prowadzenie kontroli w kierunku zakwestionowania podstawy pobierania świadczeń bez informowania o tym skarżącej, co doprowadziło do znacznego uszczuplenia majątku innych ubezpieczonych solidarnie i sumiennie regulujących składki,

5. art. 68 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych przez brak skutecznego realizowania nadzoru nad działalnością Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i doprowadzenia do wypłaty znacznych środków pieniężnych skarżącej bez poinformowania jej o podejrzeniach odnośnie do podstawy wypłaty składek, co uniemożliwiło K. L. wcześniejszej reakcji zmierzającej do ograniczenia kwoty pobranej, a tym samym zmniejszenia, uszczuplenia funduszu,

6. art. 1 ust. 1, art. 6 ust. 1, art. 29 ust. 1 i art. 66 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa przez nieuzasadnione przyjęcie, iż skarżąca pobrała świadczenia nienależne, gdyż wprowadziła organ w błąd, podczas gdy to Zakład Ubezpieczeń Społecznych prowadząc liczne kontrole, nigdy nie poinformował K. L. o wątpliwościach co do podstawy jej ubezpieczenia narażając Ją, jak i pozostałych ubezpieczonych na wielotysięczne straty,

7. art. 18 ust. 8 oraz art. 20 ust. 1 i ust. 3 o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez ich błędną wykładnię, polegającą na powiązaniu możliwości podwyższenia deklarowanej podstawy wymiaru składek z faktycznym dochodem przedsiębiorcy, w sytuacji, gdy na mocy powołanych wyżej przepisów ustawy systemowej podstawa wymiaru składek nie jest powiązana z dochodem przedsiębiorcy,

8. art. 2 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej przez nieuzasadnione przyjęcie, że skarżąca nie prowadziła swojej działalności w sposób zorganizowany i ciągły, pomimo tego, że działalność w takim samym zakresie była prowadzona od początku, co było przedmiotem licznych kontroli, a później miała zostać zwiększona, co finalnie się nie udało z uwagi na wystąpienie okoliczności, których nie można było przewidzieć,

9. art. 8 ustawy Prawo przedsiębiorców, który stanowi, że przedsiębiorca może podejmować wszelkie działania prawem dozwolone, z wyjątkiem tych, których zakazują przepisy prawa. Podstawa wymiaru składek została określona przez skarżącą w granicach wyznaczonych przepisami prawa i w oparciu o analizę planu sprzedażowego.

W związku z podniesionymi zarzutami skarżąca wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Jeleniej Górze oraz zasądzenie od organu na rzecz skarżącej zwrotu kosztów postępowania wywołanych wniesieniem skargi kasacyjnej, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

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

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna jest zasadna w takim stopniu, że wyrok Sądu Okręgowego został uchylony i sprawa zostaje przekazana do ponownego rozpoznania. 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; uchwała 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, w tym zakresie powyższa argumentacja zachowuje aktualność (wyroki Sądu Najwyższego z: 19 marca 2024 r., I USKP 58/23, Legalis nr 3081833; 17 kwietnia 2024 r., I USKP 26/23).

W rozpoznawanej sprawie skarżąca zarzuca zaskarżonemu wyrokowi uchybienia procesowe, które miały istotny wpływ na wynik sprawy oraz naruszenia przepisów prawa materialnego. Kumulacja podstaw skargi i ich charakter oznacza w pierwszej kolejności ocenę proceduralnych uchybień, jakie zostały podniesione przez skarżącą. W odniesieniu do wskazanych zarzutów procesowych należy wstępnie stwierdzić, że etap postępowania kasacyjnego nie służy kontestowaniu oceny dowodów. Dana kwestia jest jednolicie interpretowana w orzecznictwie Sądu Najwyższego (wyrok Sądu Najwyższego z 25 marca 2025 r., II USKP 81/24, LEX nr 377758). Oznacza to, że spór o ocenę poszczególnych dowodów i ustalenie stanu faktycznego nie może być przenoszony do postępowania przed Sądem Najwyższym, który jest związany - zgodnie z art. 398¹³ § 2 k.p.c. - ustaleniami faktycznymi stanowiącymi podstawę zaskarżonego orzeczenia. Skarga kasacyjna nie stanowi jednak obejścia tego zakazu oraz nie jest zasadne twierdzenie organu rentowego, że skoro skarżąca w dalszym ciągu kwestionuje ustalenia wynikające z prawomocnego orzeczenia sądowego i przekonuje, że działalność gospodarczą rzeczywiście prowadziła, to nie może tego skutecznie czynić w niniejszym postępowaniu.

W zakresie naruszenia przepisów postępowania skarżąca zarzuca naruszenie przepisu art. 366 w zw. z art. 365 § 1 k.p.c. oraz art. 387 § 2¹ pkt 2 k.p.c. Odnosząc się do tych zarzutów, należy zauważyć, że moc wiążąca orzeczenia sądowego, o której mowa w art. 365 § 1 k.p.c. odnosi się tylko do treści jego sentencji. W orzecznictwie (wyroki z: 27 kwietnia 2023 r., III USKP 44/22, LEX nr 3569503; 6 listopada 2024 r., III USKP 56/24, Legalis nr 3147028) Sąd Najwyższy podkreślił, że wynikające z art. 365 k.p.c. związanie wyrokiem sądu cywilnego zobowiązuje do uwzględniania zarówno ustaleń faktycznych stanowiących bezpośrednio podstawę rozstrzygnięcia, jak i podstawy prawnej. Dotyczy to jednak tylko tych ustaleń faktycznych, które w związku z podstawą sporu stanowiły przedmiot rozstrzygnięcia. Omawiane związanie ograniczone jest do sentencji orzeczenia i nie obejmuje jego motywów. W związku z powyższym dominuje stanowisko, że sąd nie jest związany

ustaleniami i oceną dowodów dokonanyymi w innej sprawie (uchwała Sądu Najwyższego z 8 listopada 2019 r., III CZP 27/19, OSNC 2020, nr 6, poz. 48). Podnosi się przy tym, że dokonując samodzielnych ustaleń, sąd nie może pominąć stanowiska zajętego w innej sprawie, w której stan faktyczny był konstruowany na podstawie tego samego zdarzenia, lecz biorąc je pod uwagę, obowiązany jest dokonać własnych, wszechstronnych ustaleń i samodzielnych ocen, które w rezultacie mogą doprowadzić do odmiennych konkluzji (wyrok Sądu Najwyższego z 7 grudnia 2017 r., V CSK 197/17, Legalis nr 1714915; zob. też A. Koziółkiewicz, Moc wiążąca prawomocnego orzeczenia sądowego - glosa do wyroku Sądu Najwyższego z 4 listopada 2016 r. (I CSK 736/15), *Palestra* 2022, nr 4, s. 106 i n.).

Sąd Najwyższy akcentował również, że o tożsamości roszczeń można mówić, gdy identyczne są nie tylko przedmiot, lecz także podstawa sporu. Dla tożsamości podstaw sporu niezbędna jest natomiast tożsamość podstawy faktycznej i prawnej roszczenia (uchwała Sądu Najwyższego z 21 listopada 2013 r., III CZP 67/13, OSNC 2014, nr 7-8, poz. 73; wyroki Sądu Najwyższego z: 29 marca 2006 r., II PK 163/05, OSNP 2007, nr 5-6, poz. 71; 13 kwietnia 2007 r., I CSK 479/06, LEX nr 253401; 15 listopada 2012 r., V CSK 515/11, LEX nr 1276233; 4 lipca 2013 r., II UK 410/12, LEX nr 1375198; 10 października 2014 r., III CSK 279/13, Legalis nr 1157459; 4 listopada 2016 r., I CSK 736/15, LEX nr 2156645; 22 lutego 2017 r., IV CSK 316/16, LEX nr 2309600; 18 listopada 2021 r., III PSKP 44/21, Legalis nr 2637226; postanowienia Sądu Najwyższego z: 21 listopada 2013 r., III CSK 43/13, LEX nr 1427740; 14 marca 2014 r., III CSK 124/13, LEX nr 1463866; 9 października 2014 r., IV CSK 37/14, LEX nr 1544215; 21 stycznia 2025 r., II USK 101/24, Legalis nr 3169764). W uchwale z 27 października 2021 r. (III CZP 109/20, OSNC 2022, nr 4 poz. 38) Sąd Najwyższy przyjął, że wykładnia prawa, która legła u podstaw rozstrzygnięcia w zakończonej prawomocnie sprawie, w której powód dochodził części świadczenia, nie jest objęta mocą wiążącą wyroku (art. 365 § 1 k.p.c.) w innej sprawie o dalszą część tego świadczenia, pomiędzy tymi samymi stronami, w tym samym stanie faktycznym i prawnym, jeśli jest rażąco sprzeczna z prawem.

W związku z powyższym nie można uznać, aby w sprawie o zwrot nienależnie pobranego świadczenia Sąd orzekający nie był zobowiązany do poczynienia samodzielnie ustaleń, ponieważ wiążą go w pełni ustalenia i ocena dowodów w

sprawie dotyczącej podlegania ubezpieczeniom społecznym i dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu (wyrok Sądu Najwyższego z 27 sierpnia 2024 r., I USKP 122/23, LEX nr 3748654). Wyrażone w wyroku stwierdzającym niepodleganie ubezpieczeniom społecznym poglądy sądu dotyczące sfery motywacyjnej osoby zgłaszającej się do ubezpieczeń społecznych nie mają automatycznie mocy wiążącej w sprawie o zwrot nienależnie pobranego świadczenia, gdzie istotne znaczenie ma ocena okoliczności faktycznych z punktu widzenia tego, czy istniały przesłanki z art. 84 ust. 2 ustawy systemowej (wyrok Sądu Najwyższego z 6 listopada 2024 r., III USKP 56/24, Legalis nr 3147028). W każdym przypadku, w którym przyjmuje się, że świadczenie zostało nienależnie pobrane w rozumieniu art. 84 ust. 2 ustawy systemowej i z tego tytułu podlega zwrotowi na podstawie art. 84 ust. 1 tej ustawy, taka konstatacja powinna zostać poprzedzona dokonaniem wyczerpujących ustaleń faktycznych, dotyczących stanu świadomości osoby pobierającej świadczenie (wyrok Sądu Najwyższego z 28 kwietnia 2022 r., II USKP 156/21, LEX nr 3434029). Jednocześnie oceny czy świadczenie zostało nienależnie pobrane, należy dokonywać w odniesieniu do chwili wypłaty tego świadczenia, a nie z perspektywy okoliczności, które wystąpiły po zakończeniu jego wypłacania przez organ rentowy.

Sąd Okręgowy w niniejszej sprawie powinien zatem samodzielnie dokonać ustaleń faktycznych i nie jest wystarczające tylko i wyłącznie przytoczenie motywów uzasadnienia Sądu w sprawie o podleganie ubezpieczeniom społecznym, tym więcej, że nie został adekwatnie do sprawy zrekonstruowany przez Sąd Okręgowy stan faktyczny, który doprowadził Sąd w wyroku z 24 czerwca 2021 r. do uznania decyzji organu rentowego z 12 lipca 2019 r. za prawidłową i oddalenia apelacji od wyroku Sądu Rejonowego z 3 lipca 2023 r., który oddalił odwołanie. Za uzasadniony należy zatem uznać kolejny zarzut naruszenia przepisów postępowania w postaci art. 387 § 2¹ k.p.c. w tym zakresie, że Sąd Okręgowy jedynie nawiązuje do uzasadnienia wyroku w sprawie o podleganie ubezpieczeniom społecznym, a taka konstrukcja co do zasady uniemożliwia Sądowi Najwyższemu weryfikację prawidłowości zarzutów prawa materialnego.

W analizowanej sprawie Sądy nie uzasadniły, czy mamy do czynienia z sytuacją świadomego wprowadzenia w błąd organu rentowego przewidzianą w

art. 84 ust. 1 pkt 2 ustawy systemowej przez wnioskodawczynię. Sądy przyjęły, 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 pozorowała prowadzenie działalności. Od samego początku, zgłaszając się do ubezpieczenia społecznego, miała świadomość, że tej działalności nie będzie prowadziła. Sąd Okręgowy nie może poczynić ustaleń co do zastosowania art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej co do przesłanki świadomego wprowadzenia w błąd organ rentowy na podstawie ustaleń przyjętych w wyroku dotyczącym podlegania ubezpieczeniom społecznym przez wnioskodawczynię. Brak samodzielnych ustaleń Sądu drugiej instancji sprawił, że pozostałe zarzuty skargi kasacyjnej w tym zakresie, na tym etapie postępowania, wymagają ich poprzedzenia tym, że Sąd drugiej instancji powinien samodzielnie ustalić stan świadomości osoby pobierającej świadczenie. Przesłanka „świadomego wprowadzenia w błąd” nawiązuje do zagadnienia winy osoby pobierającej świadczenie w okresie spornym w sprawie od 24 września 2015 r., gdy Zakład Ubezpieczeń Społecznych rozpoczął wypłacać ubezpieczonej świadczenia. Jeżeli rzeczywistą intencją odwołującej się nie było podjęcie i wykonywanie zarobkowej działalności gospodarczej o charakterze ciągłym, lecz jedynie włączenie się do systemu ubezpieczeń społecznych w celu uzyskania wysokich świadczeń w oderwaniu od spodziewanych dochodów, o tyle organ rentowy nie zakwestionował takiego działania niezwłocznie i wypłacał odwołującej się świadczenia ubezpieczeniowe obliczone od zadeklarowanej podstawy wymiaru w okresie spornych sześciu lat. Reasumując, te ustalenia co do stanu świadomości ubezpieczonej będą elementem ustaleń faktycznych wynikającym ze swobodnej oceny dowodów dokonywanej przez sąd *meriti* (Sąd Najwyższy jest wówczas związany ustaleniami faktycznymi stanowiącymi podstawę zaskarżonego orzeczenia).

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 wskutek 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 18 lutego 2025 r., I USKP 170/24, Legalis nr 3201016; 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 tym samym, 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 określonemu 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 sprowadza 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 sześciu latach wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych wydaje decyzję skarżącą (na marginesie matce pięciorga dzieci) co do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku. Powyższy zwrot wymagałby, 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, a nie po zaprzestaniu jego wypłaty. Innymi słowy, jeśli w trakcie pobierania świadczenia jest ono „należne”, zaś okoliczności wyłączające prawo do niego, a w konsekwencji również wiedza o tym świadczeniobiorcy, wystąpiły *post factum*, to nie ma podstaw do uznania, że należności wypłacone podlegają zwrotowi na podstawie art. 84 ust. 1

ustawy systemowej (postanowienie Sądu Najwyższego z 25 września 2024 r., III USK 81/24). 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 przede wszystkim osoby, która została pouczona o okolicznościach, w jakich nie powinna pobierać świadczeń. Konieczne jest spełnienie przesłanki „świadomego wprowadzenia w błąd”, które nawiązuje do zagadnienia winy osoby pobierającej świadczenie (R. Babińska, Pojęcie i rodzaje błędu organu rentowego lub odwoławczego, PiP 2005, nr 12, s. 54 i n.). Wypłacenie świadczenia w sposób, na który nie miała wpływu wina (zła wola) świadczeniobiorcy, nie uzasadnia natomiast powstania po stronie osoby ubezpieczonej obowiązku zwrotu nienależnie pobranego świadczenia (wyroki Sądu Najwyższego z: 19 stycznia 2022 r., III USKP 100/21, LEX nr 3370324; 28 kwietnia 2022 r., II USKP 156/21, LEX nr 3434029; 15 maja 2024 r., III USKP 131/23, LEX nr 3748266). Świadomym natomiast 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. Błąd ten 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 założenia lub 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; wyroki Sądu Najwyższego z 6 lutego 2024 r., I USKP 102/23, OSNP 2024, nr 11, poz. 112; 14 stycznia 2025 r., I USK 315/23, Legalis nr 3166439).

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). Obie te przesłanki wystąpić muszą w trakcie pobierania świadczenia, a nie po zaprzestaniu jego wypłaty (J. Jędrasik-Jankowska, Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego, Warszawa 2013 r., s. 152). 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).

W doktrynie podnosi się 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). Na marginesie ocena ważności postanowień umownych (art. 58 k.c. w zw. z art. 300 k.p.) powinna być dokonywana także z punktu widzenia prawa ubezpieczeń społecznych, natomiast pod kątem zgodności z normami prawa cywilnego podlega, nie sam stosunek ubezpieczenia społecznego, lecz wpływający na niego pośrednio stosunek o charakterze cywilnoprawnym lub taki, do którego przepisy prawa cywilnego znajdują zastosowanie z mocy odesłania ustawowego. Kluczowa zatem dla ewentualnego przypisania sankcji będzie ocena wpływu relacji sprzeczności treści lub celu czynności prawnej, pod kątem zgodności kreowanego przez nią stosunku prawnego z normą prawa ubezpieczeń społecznych (M. Gutowski (red., w:) Kodeks cywilny. Tom I. Komentarz do art. 1–352, Warszawa 2021, art. 58 k.c.).

W orzecznictwie Sądu Najwyższego wyrażane jest stanowisko, że zarzuty co do naruszenia przepisów k.p.a. nie mogą być skutecznie podnoszone w skardze kasacyjnej (art. 6 k.p.a., 7 k.p.a., 7a k.p.a., 7b k.p.a., 8 k.p.a., 9 k.p.a., 14 k.p.a. w zw. z art. art. 83 ust. 1 pkt 1, 2, 3, 3a, 4 i 5 w zw. z art. 123 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych), ponieważ nie są ani przepisami prawa materialnego, ani przepisami prawa procesowego normującymi sposób działania Sądu drugiej instancji. Należy bowiem mieć na uwadze, że od momentu wniesienia do sądu powszechnego odwołania od decyzji organu rentowego, sprawa staje się sprawą cywilną i podlega rozpoznaniu według zasad właściwych dla tej kategorii spraw. Skoro sąd orzekający w sprawach ubezpieczeń społecznych może stosować jedynie przepisy Kodeksu postępowania cywilnego, to w sferze zarzutów proceduralnych skarga kasacyjna powinna się opierać na podstawie naruszenia przepisów postępowania cywilnego (wyroki Sądu Najwyższego z: 8 stycznia 2014 r., II UK 242/13, LEX nr 1415119; 12 kwietnia 2022 r., II USKP 139/21, Legalis nr 2765568; postanowienia Sądu Najwyższego z: 22 października 2020 r., II UK 313/19, LEX nr 3160433; 12 stycznia 2021 r., II USK 12/21, LEX nr 3114634; 8 lutego 2023 r., I USK 64/22, Legalis nr 2922409).

W okolicznościach faktycznych ustalonych w sprawie jednak nasuwa się pytanie, czy przy wydawaniu zaskarżonej w sprawie decyzji doszło do naruszenia zasady prowadzenia postępowania w sposób budzący zaufanie uczestników postępowania do władzy publicznej, czyli wymogu praworządnego i sprawiedliwego prowadzenia postępowania i rozstrzygnięcia sprawy przez organ administracji publicznej, co jest zasadniczą treścią zasady praworządności (wyrok Sądu Najwyższego z 27 marca 2019 r., II UK 561/17, OSNP 2020, nr 2, poz. 18). Ta zasada ogólna jest jedną z kilku podstawowych zasad postępowania administracyjnego, z których wynikają konkretne dyrektywy wiążące organy administracji publicznej w toku podejmowanych przez nie czynności procesowych. Budzące zaufanie działania organów administracji publicznej powinny spełniać postulat przewidywalności i pewności, a ponadto opierać się na przejrzystych i czytelnych zasadach. W judykaturze sformułowano szereg reguł, których przestrzeganie w istotny sposób wpływa na realizację zasady budzenia zaufania do władzy publicznej - ochrony podmiotu działającego w przekonaniu, że podejmowane w stosunku do niego czynności organów państwa są prawidłowe i zgodne z prawem oraz rozstrzygania wątpliwości na korzyść strony, jeśli nie stoi temu na przeszkodzie interes społeczny (wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 8 marca 2000 r., V SA 1482/99, ONSA 2001, nr 3, poz. 109; wyrok Sądu Najwyższego z 17 kwietnia 2024 r., I USKP 26/23).

W orzecnictwie sądów administracyjnych zostały określone liczne przykłady naruszeń zasady budzenia zaufania uczestników postępowania do władzy publicznej. Do takich naruszeń należy w szczególności przerzucanie na stronę skutków błędu spowodowanego przez pracownika organu administracji (wyroki Naczelnego Sądu Administracyjnego z: 12 maja 2000 r., III SA 957/99, OSP 2001, nr 9, poz. 131; 12 lipca 2012 r., II GSK 647/11, Legalis nr 779556). Zasady przewidziane w k.p.a., w tym art. 8 ma na celu wyrównanie z natury nierównych pozycji obywatela i organu w postępowaniu władczym, jakim jest postępowanie administracyjne. Zasada ta stoi na przeszkodzie temu, by organ wykorzystywał wywołany przez siebie (nawet nieświadomie) u strony błąd w rozumieniu prawa na niekorzyść obywatela (wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z 2 grudnia 2010 r., VIII SA/Wa 753/10, LEX nr 760447; postanowienie Sądu Najwyższego z 20 stycznia 2021 r., III USK 8/21, Legalis nr 2526731). Przyjmuje się, że przytoczone zasady

powinny wiązać organ rentowy przy wykonywaniu powierzonych zadań na podstawie art. 68 w związku z art. 123 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Również z utrwalonej w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego i Sądu Najwyższego zasady ochrony zaufania do prawidłowości działań organów administracji (A. Wróbel (w:) M. Jaśkowska, M. Wilbrandt-Gotowicz, A. Wróbel, Komentarz aktualizowany do Kodeksu postępowania administracyjnego, Warszawa 2025, art. 9) wynika, że nie powinien doznać uszczerbku obywatel działający w przekonaniu, iż odnoszące się do niego działania organów państwa (w tym w przedmiocie informowania) są prawidłowe i odpowiadające prawu. Sąd Najwyższy stoi zatem na stanowisku, że działania podjęte przez organ rentowy wobec odwołującej się, których efektem była zaskarżona w sprawie decyzja, wymagają powyższych niezbędnych ustaleń stanu faktycznego.

W orzecznictwie sądowym (wyrok Sądu Najwyższego z 9 sierpnia 2018 r., II UK 211/17, LEX nr 2530685) wskazuje się na pogląd, że 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 wnioskodawcy ani za objaw złej woli z jego strony, nie mogą więc stanowić podstawy do obciążenia świadczeniobiorcy obowiązkiem zwrotu niesłusznie wypłaconej sumy (wyrok Trybunału Ubezpieczeń Społecznych z 11 stycznia 1966 r., III TR 1492/65, OSPiKA 1967, nr 10, poz. 247; uchwały Sądu Najwyższego z: 21 maja 1984 r., III UZP 20/84, OSNCP 1985, nr 1, poz. 3 z glosą S. Płażka, Palestra 1986, nr 9, s. 86; 11 września 2008 r., III UZP 1/08, OSNP 2009, nr 7 - 8, poz. 101 z glosą P. Połczyńskiego, Monitor Prawa Pracy 2009, nr 2; wyroki Sądu Najwyższego z: 20 listopada 2001 r., II UKN 617/00, OSNP 2003, nr 16, poz. 389; 27 sierpnia 2024 r., I USKP 122/23, OSNP 2025, nr 1, poz. 11; 6 listopada 2024 r., III USKP 56/24, LEX nr 3781389), zaznaczając również w tym miejscu, że zgodnie z art. 398¹³ § 1 k.p.c. Sąd Najwyższy rozpoznaje skargę w granicach zaskarżenia oraz w granicach podstaw.

Zasadne jest pytanie pełnomocnika skarżącej: „Czy Zakład Ubezpieczeń Społecznych działający jako organ władzy państwowej, może podejmować czynności z pominięciem zastosowania naczelnych zasad postępowania

administracyjnego, prowadząc przez wiele lat kontrole zasadności wystawiania zwolnień lekarskich oraz prawidłowości ich wykorzystywania dokonując jednocześnie wypłaty związanych z tym świadczeń i nie informując ubezpieczonej o wątpliwościach dotyczących podstawy objęcia jej ubezpieczeniem i wypłaty świadczeń, wprowadzając ją w błąd co do zasadności pobieranych świadczeń, i doprowadzając tym samym do łącznego przekazania na rzecz takiej ubezpieczonej wypłaty świadczeń w kwocie kilkuset tysięcy złotych, czym doprowadził do znacznego uszczuplenia funduszy innych ubezpieczonych, działając w ten sposób z pominięciem zasad równego traktowania wszystkich ubezpieczonych, sprawiedliwości społecznej, słuszności i uczciwości wobec innych uczestników systemu ubezpieczeń społecznych, którzy partycypowali w obciążeniach funduszu chorobowego spowodowanych takim postępowaniem ZUS-u”. Jednak po dokonaniu niezbędnych ustaleń faktycznych przez sąd *meriti* możliwe będzie zaktualizowanie odpowiedzi na powyższe pytanie zgodnie z zasadą, że ten, kto sam powołuje się na nie, ten sam je respektuje.

Podsumowując w każdym przypadku, w którym przyjmuje się, że świadczenie ubezpieczeniowe zostało nienależnie pobrane - w rozumieniu art. 84 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych - i w związku z tym podlega zwrotowi w świetle art. 84 ust. 1 tej ustawy, taka konkluzja powinna zostać poprzedzona dokonaniem wyczerpujących ustaleń faktycznych, dotyczących stanu świadomości osoby pobierającej świadczenie, z uwzględnieniem tego, że oceny, czy świadczenie zostało nienależnie pobrane, należy dokonywać w odniesieniu do chwili wypłaty tego świadczenia, a nie z perspektywy okoliczności, które wystąpiły po zakończeniu jego wypłacania przez organ rentowy. Sąd również powinien uwzględnić, że druga strona postępowania - organ rentowy stosując cytowaną uchwałę Sądu Najwyższego z 29 listopada 2023 r., ma możliwość w oparciu o art. 86 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych weryfikacji podstawy wymiaru składek, gdy zachodzą ku temu podstawy. Uzasadnienie zaskarżonego wyroku nie zawiera takich ustaleń, co oznacza, że Sąd drugiej instancji zastosował przepisy prawa materialnego, będące właściwą podstawą prawną rozstrzygnięcia, zawartego w zaskarżonym wyroku, do nie w pełni ustalonego stanu faktycznego, co oznacza wadliwą subsumpcję tego stanu do zawartych w nich norm prawnych.

Kierując się przedstawionymi motywami oraz opierając się na podstawie art. 398¹⁵ k.p.c., a w odniesieniu do kosztów postępowania kasacyjnego na podstawie art. 108 § 2 k.p.c. w związku art. 398²¹ k.p.c., Sąd Najwyższy orzekł jak w sentencji wyroku.

[SOP]

(J.K.)