



WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 23 czerwca 2025 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Dawid Miąsik (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Romualda Spyt

SSN Krzysztof Staryk

w sprawie z odwołania L. D.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w Lublinie

o prawo do zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego i zwrot pobranych świadczeń,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń

Społecznych w dniu 23 czerwca 2025 r.,

skargi kasacyjnej odwołującej się od wyroku Sądu Okręgowego w Lublinie

z dnia 25 października 2023 r., sygn. akt VIII Ua 28/23,

**uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę Sądowi
Okręgowemu w Lublinie do ponownego rozpoznania i
rozstrzygnięcia o kosztach postępowania kasacyjnego.**

Romualda Spyt Dawid Miąsik Krzysztof Staryk

UZASADNIENIE

Decyzją z 11 lipca 2019 r., w sprawie [...], Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Lublinie (organ rentowy) ustalił dla L. D. (odwołująca się) podstawę wymiaru zasiłku chorobowego od 3 marca do 31 sierpnia 2017 r. w wysokości 2.207,13 zł oraz podstawę wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego od 1 września 2017 r. do 26 sierpnia 2018 r. i zasiłku chorobowego od 26 do 30 października 2018 r. w wysokości 2.370,46 zł a także zobowiązał odwołującą się do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego z funduszu chorobowego za powyższe okresy w wysokości 105.784,69 zł wraz z odsetkami od dnia doręczenia decyzji do dnia zwrotu kwoty nienależnie pobranego świadczenia.

Sąd Rejonowy Lublin-Zachód w Lublinie wyrokiem z 14 lutego 2023 r., VII U 902/19 oddalił odwołanie od powyższej decyzji. Sąd pierwszej instancji ustalił, że od 2 lipca 2000 r. odwołująca się rozpoczęła prowadzenie działalności gospodarczej, której przedmiotem były usługi pielęgniarstwa świadczone na rzecz C. Sp. z o.o. w L. Z tego tytułu podlegała ubezpieczeniom społecznym. Od 22 stycznia 2007 r. odwołująca się została zatrudniona w C. Sp. z o.o. w L. na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony na stanowisku specjalisty ds. administracyjno-biurowych, w pełnym wymiarze czasu pracy za wynagrodzeniem 2.000 zł. Anekssem do umowy o pracę z 1 lutego 2017 r. ustalono, że od 1 lutego 2017 r. czas pracy odwołującej się w C. będzie zmniejszony do 3/4 etatu zaś kwotę wynagrodzenia określono na 1.850 zł.

Odwołująca się z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej zgłosiła się do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych oraz do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w okresach od 1 lipca 2000 r. do 7 sierpnia 2002 r., od 1 września 2002 r. do 6 czerwca 2003 r. i od 1 lipca 2003 r. do 31 października 2010 r. Od 1 listopada 2010 r. do 31 stycznia 2017 r. odwołująca się podlegała wyłącznie ubezpieczeniu zdrowotnemu, przy czym - dokonując zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą - zadeklarowała jako podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne kwotę nie niższą niż 60% kwoty przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego. Dnia 1 lutego 2017 r. odwołująca się zadeklarowała maksymalną przewidzianą przepisami prawa kwotę podstawy wymiaru składki z tytułu dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, deklarując za luty 2017 r. jako podstawę wymiaru składki kwotę 10.657,50 zł, i

opłaciła składkę należną od podstawy w takiej wysokości. Natomiast za marzec 2017 r. zadeklarowała wysokość składki na ubezpieczenie społeczne od podstawy wymiaru składek stanowiącej kwotę nie niższą niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek w 2017 r. - 2.557,80 zł.

Od 3 marca do 31 sierpnia 2017 r. odwołująca się była niezdolna do pracy z powodu choroby nowotworowej. Za okres ten pobierała zasiłek chorobowy. Od 1 września 2017 r. do 26 sierpnia 2018 r. odwołująca się pobierała świadczenie rehabilitacyjne. Od 26 do 30 października 2018 r. odwołująca się ponownie korzystała ze zwolnienia lekarskiego w związku z niezdolnością do pracy. Za wszystkie te okresy od 3 marca 2017 r. do 26 sierpnia 2018 r. i od 26 do 30 października 2018 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych wypłacił jej świadczenia w łącznej kwocie 139.194,93 zł.

Decyzją z 27 maja 2019 r. nr [...] Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Lublinie ustalił, że podstawa wymiaru składek dla odwołującej się jako osoby prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne tj. emerytalne, rentowe, wypadkowe oraz dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za luty 2017 r. stanowi kwota 2.557,80 zł. Sąd Okręgowy w Lublinie wyrokiem z 26 listopada 2019 r. oddalił odwołanie odwołującej się od decyzji z 27 maja 2019 r. Natomiast Sąd Apelacyjny w Lublinie postanowieniem z 14 czerwca 2022 r. umorzył postępowanie apelacyjne.

Rozpoznając odwołanie w tak ustalonym stanie faktycznym, Sąd Rejonowy stwierdził, że bezspornym w sprawie było, iż odwołująca się od 3 marca do 31 sierpnia 2017 r. oraz od 26 do 30 października 2018 r. pozostawała niezdolna do pracy, pobierając zasiłek chorobowy, zaś od 1 września 2017 r. do 26 sierpnia 2018 r. — świadczenie rehabilitacyjne. Sąd pierwszej instancji uznał za wiążące co do podstawy wymiaru tych świadczeń ustalenia wynikające z wyroku Sądu Okręgowego w Lublinie z 26 listopada 2019 r. (VIII U 2933/19). W związku z tym rozstrzygnięciem Sąd Okręgowy uznał, że podstawa wymiaru składek odwołującej się jako osoby prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne emerytalne, rentowe i wypadkowe oraz na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za luty 2017 r. wynosiła 2.557,80 zł. Sąd pierwszej instancji stwierdził, że

wyrok Sądu Okręgowego w Lublinie, jaki zapadł 26 listopada 2019 r. w sprawie VIII U 2933/19 w zakresie podstawy wymiaru składek na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne emerytalne, rentowe i wypadkowe oraz na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe odwołującej się podlegającej ubezpieczeniu jako osoby prowadzącej pozarolniczą działalność w lutym 2017 r. jest wiążący dla stron, jak i Sądu w sprawie niniejszej. Wobec tego organ rentowy zaskarżoną decyzją z 11 lipca 2019 r. prawidłowo ustalił podstawę wymiaru zasiłku chorobowego za okres 3 marca - 31 sierpnia 2017 r. w wysokości 2.207,13 zł oraz podstawę wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego od 1 września 2017 r. do 26 sierpnia 2018 r. i zasiłku chorobowego od 26 do 30 października 2018 r. w wysokości 2.370,46 zł.

Sąd Rejonowy stwierdził, że sytuacja ekonomiczna odwołującej się w 2017 r. nie uzasadniała ponoszenia dodatkowych, wysokich kosztów w postaci składek na ubezpieczenia społeczne. Za cały rok 2017 z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej osiągnęła ona dochód w wysokości 1.777,54 zł. Dochód ten nie wystarczał więc na pokrycie zadeklarowanej do ZUS składki za miesiąc luty 2017 r., która pozostawała w oderwaniu od działalności gospodarczej. Co więcej, już za marzec 2017 r. odwołująca się deklarowała wysokość składki na ubezpieczenie społeczne od podstawy wymiaru stanowiącej kwotę nie niższą niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek w 2017 r. czyli kwotę 2.557,80 zł zaś po odzyskaniu zdolności do pracy - opłacała minimalne składki z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. W ocenie Sądu świadczyło to o tym, że odwołująca się, mając świadomość braku zarobkowego charakteru prowadzonej działalności, zadeklarowała wysoką podstawę wymiaru składki, wiedząc, że wkrótce stan zdrowia uczyni ją niezdolną do jej prowadzenia z uwagi na chorobę nowotworową. W tej sytuacji zasadnym jest stwierdzenie, że odwołująca się wprowadziła w błąd organ rentowy co do zarobkowego charakteru prowadzonej działalności, zaś celem tej działalności było wyłącznie utrzymanie tytułu ubezpieczenia społecznego, który skutkowałby osiąganiem stałych przychodów z systemu ubezpieczeń społecznych. Odwołująca się w lutym 2017 r. osiągnęła przychód w wysokości 4.376 zł. Z racji choroby miała świadomość, że w następnych miesiącach nie będzie mogła świadczyć pracy i nie będzie mogła prowadzić

działalności oraz osiągać z tego tytułu dochodów. Natomiast zadeklarowała maksymalną podstawę wymiaru składki i to w okresie dla siebie dogodnym, poprzedzającym okres jej niezdolności do pracy spowodowany chorobą nowotworową - składkę za luty 2017 r. opłaciła 10 marca 2017 r. zaś jej niezdolność do pracy rozpoczęła się 3 marca 2017 r.

Sąd Rejonowy przyjął, że wypłata świadczeń — zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego, nastąpiła na podstawie świadomego wprowadzenia przez odwołującą się w błąd organu rentowego wypłacającego świadczenie na skutek przekazania nieprawdziwych danych mających wpływ na wysokość świadczenia. Wobec tego, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego odwołującej się za okres 3 marca - 31 sierpnia 2017 r. stanowi kwota 2.207,13 zł, a podstawę wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego od 1 września 2017 r. do 26 sierpnia 2018 r. i zasiłku chorobowego od 26 do 30 października 2018 r. stanowi kwota 2.370,46 zł, zaś pobrane świadczenia za ten okres w kwocie 105.784,69 zł są świadczeniami nienależnymi i powinny zostać zwrócone wraz z odsetkami.

Sąd Okręgowy w Lublinie wyrokiem z 25 października 2023 r, VIII Ua 28/23 oddalił apelację odwołującej się wniesioną od powyższego wyroku Sądu Rejonowego. W ocenie Sądu Okręgowego nieuwzględnienie zarzutów dotyczących naruszenia prawa procesowego czyni całkowicie nieuzasadnionym zarzut naruszenia prawa materialnego (art. 84 ustawy systemowej). Sąd drugiej instancji w pełni zaakceptował stanowisko Sądu Rejonowego, że istotne dla rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie było potwierdzenie wyrokiem Sądu Okręgowego w Lublinie z 26 listopada 2019 r. (VIII U 2933/19) trafności decyzji z dnia 27 maja 2019 r., którą organ rentowy stwierdził, że podstawa wymiaru składek dla odwołującej się, jako osoby prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne, emerytalne, rentowe i wypadkowe oraz na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za luty 2017 r. wynosi 2.557,80 zł, a nie - jak chciała tego odwołująca się - 10.657,50 zł. W sprawie VIII U 2933/19 zostało ustalone, że w lutym 2017 r., odwołująca się w obliczu zawarcia aneksu do umowy o pracę i zmniejszenia wynagrodzenia, do kwoty niższej niż minimalne wynagrodzenie, dokonała zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej i

zadeklarowała podstawę wymiaru składek w wysokości 10.657,50 zł. Wcześniej, w styczniu 2017 r. zdiagnozowano u niej raka piersi, a od lutego 2017 r. rozpoczęto chemioterapię. Nadto ustalono, że w momencie podnoszenia wysokości podstawy wymiaru składek do 10.657,50 zł, to jest w lutym 2017 r. osiągnęła przychód z tej działalności w wysokości jedynie 4.376 zł, a dochód 1.777,54 zł. Wspomniany prawomocny wyrok korzysta z przymiotu powagi rzeczy osądzonej i wiąże nie tylko strony i sąd, który go wydał, lecz także inne sądy. Stwierdzenie, że odwołująca się bezpodstawnie zawyżyła wysokość podstawy wymiaru składek nie rozwiązuje jednak samoistnie problemu, jakim jest zasadność żądania przez organ rentowy zwrotu zrealizowanych świadczeń.

Sąd Okręgowy wyraził pogląd, że na organie rentowym nie ciąży obowiązek każdorazowego informowania (pouczania) osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą o tym, że w przypadku wskazania zawyżonej podstawy wymiaru składek, świadczenie w konsekwencji będzie przysługiwało w niższej wysokości. Jest bowiem powszechną wiedzą, że funkcjonowanie systemu ubezpieczeń społecznych, w tym w zakresie wypłaty świadczeń, nie jest oparte na rynkowych, konkurencyjnych zasadach, w których wysokość wniesionych wkładów zawsze i w sposób bezwzględny przekłada się na wysokość uzyskanych świadczeń. System ten stanowi zabezpieczenie na wypadek określonych zdarzeń, powodujących konieczność utrzymania ubezpieczonego przez wszystkich finansujących ten system, takich jak emerytura, renta, choroby czy macierzyństwo i z tego powodu nie może służyć wyłącznie zapewnieniu określonego standardu życia dla świadczeniobiorcy, który to standard jest przez niego ustalany według swoich subiektywnych kategorii, potrzeb i założeń, w oderwaniu od rzeczywistych dochodów.

Sąd Okręgowy wyjaśnił, że przyjmuje się, iż świadomym wprowadzeniem w błąd jest umyślne działanie świadczeniobiorcy, które ma postać zamiaru bezpośredniego lub zamiaru ewentualnego. W rozumieniu art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, błąd stanowi następstwo świadomego działania pobierającego świadczenie, determinowanego wolą wywołania przekonania po stronie organu, że zostały spełnione warunki nabycia prawa do świadczenia lub świadczenia o określonej wysokości. Ów błąd wiąże się zawsze z pierwotną wadliwością rozstrzygnięć organu rentowego lub odwoławczego, z etapem ustalania prawa do

świadczeń, a jego istotną cechą konstrukcyjną, odróżniającą od innych uchybień, jest istnienie fałszywego wyobrażenia organu o stanie uprawnień wnioskodawcy, wywołanego na skutek świadomego zachowania osoby pobierającej świadczenie. W ocenie Sądu działanie odwołującej się ma cechy świadomego działania, determinowanego wolą wywołania przekonania organu rentowego, że zostały spełnione warunki nabycia prawa do świadczenia o określonej wysokości.

Jak wynikało z materiału dowodowego zebranego w sprawie, odwołująca się, zarówno w miesiącach poprzedzających podwyższenie podstawy wymiaru, jak i w całym 2017 r. nie uzyskała dochodu, który uzasadniałby wskazanie tak wysokiej podstawy wymiaru, a nawet opłacenie jednej składki od maksymalnej podstawy wymiaru składek. Zmiana podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe była świadomym działaniem odwołującej się, co istotne - skierowanym na wykorzystanie tego systemu celem zapewnienia sobie w okresie choroby standardu życia nieadekwatnego do uzyskiwanych przez nią wcześniej dochodów. Sąd Okręgowy podkreślił, że od dnia 1 lutego 2017 r. uległa pogorszeniu sytuacja materialna odwołującej się w związku z ograniczeniem wymiaru czasu pracy do 3/4 etatu i tym samym stosownym obniżeniem wynagrodzenia z tytułu umowy o pracę, z drugiej strony w tym czasie wiedziała już o rozpoznanej u niej chorobie nowotworowej. W lutym 2017 r. odwołująca się rzeczywiście osiągnęła przychód z działalności w wysokości 4.376 zł, przy czym jej dochód stanowił jedynie kwotę 1.777,54 zł. Co więcej w całym 2017 r. (a zatem realnie biorąc, ze względu na stan zdrowia - w styczniu i w lutym tego roku) odwołująca się uzyskała przychód w wysokości 6.412 zł. Ustalenie podstawy wymiaru składek w wysokości 10.657,50 zł za luty 2017 r. oznaczało, że składka na ubezpieczenie emerytalne (19,52% podstawy wymiaru) wyniosła 2.080,34 zł, składka na ubezpieczenie rentowe (8% podstawy wymiaru) wyniosła 852,60 zł, składka na ubezpieczenie chorobowe (2,45% podstawy wymiaru) wyniosła 261,10 zł, zaś składka na ubezpieczenie zdrowotne (9% podstawy wymiaru - podatek) wyniosła 663,62 zł. O ile w miesiącu styczniu i lutym 2017 r. odwołująca się miała jakikolwiek przychód, to pozwalał on na zapłatę tak wysokich składek tylko za 1 miesiąc. Nadto odbyło się to kosztem uzyskania niskiego dochodu, przy obniżonym dodatkowo wynagrodzeniu za pracę. Z racji postawionego rozpoznania (choroba nowotworowa) odwołująca się musiała liczyć się z tym, że w kolejnych

miesiącach nie będzie mogła prowadzić pozarolniczej działalności gospodarczej i osiągać z tego tytułu żadnych dochodów. Wobec tego, w ocenie Sądu Okręgowego, świadomie uiściła tylko jedną składkę od podwyższonej podstawy wymiaru licząc na wypłatę wysokich świadczeń związanych z niezdolnością do pracy. Działalność gospodarcza została przez odwołującą się wykorzystana jako środek do uzyskania z powszechnego systemu ubezpieczeń świadczeń zasiłkowych w kwotach znacznie przewyższających dochody, jakie była sobie w stanie sama zapewnić z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej i umowy o pracę.

Zdaniem Sądu Okręgowego funkcjonowanie przedsiębiorcy nie odbywa się w próżni, w której nie musi on kalkulować czynników wpływających na ostateczny wynik tylko dlatego że przepisy prawa nie zabraniają mu wprost pewnych zachowań. Istotnie, ustawa systemowa zawiera tylko kwoty graniczne wysokości składek co nie oznacza, że zezwala na pełną dowolność w ich deklarowaniu w każdym przypadku. Nadużycie przepisów prawa, mimo ich formalnego zastosowania, musi być jednoznacznie ocenione negatywnie, tak jak w sprawie niniejszej. Odwrotne założenie prowadzi do wniosku, że w istocie działalność gospodarcza zostaje sprowadzona wyłącznie do konstrukcji służącej uzyskiwaniu wysokich świadczeń z ubezpieczeń społecznych, co jest sprzeczne zarówno z przyjęciem na siebie przez państwo ryzyka zabezpieczenia społecznego, jak i z samą istotą tej działalności.

Sąd Okręgowy stwierdził, że odwołująca się dokonała podwyższenia podstawy wymiaru składek z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, nie dokonując w tym zakresie żadnej kalkulacji, zatem *de facto* bez uwzględnienia osiągniętych wyników finansowych z prowadzonej działalności gospodarczej i bez uwzględnienia faktu uzyskiwania dochodu niewystarczającego na zapłatę zadeklarowanej składki. Świadczy to w istocie o świadomym instrumentalnym wykorzystaniu przepisów prawa do manipulowania wysokością podstawy wymiaru, bez powiązania z rzeczywistymi wynikami z działalności gospodarczej. Jak się okazało, odwołująca nie miała zresztą zamiaru opłacania takich składek w dłuższym czasie, bowiem podwyższenie miało miejsce bezpośrednio przed miesiącem w którym skorzystała ze świadczeń, a więc w momencie, w którym przyniosło jej to wymierny zysk.

Wypłata świadczeń w danych wysokościach od podstawy wymiaru określonej za luty 2017 r. nastąpiła wyłącznie na podstawie informacji i dokumentów przekazanych organowi rentowemu przez odwołującą się. Nie można przyjąć, że jako osoba prowadząca od kilku lat pozarolniczą działalność gospodarczą nie miała świadomości wysokości swoich dochodów. Tym samym w pełni świadoma braku zarobkowego charakteru prowadzonej działalności, zadeklarowała oderwaną od rzeczywistości podstawę wymiaru składek, dodatkowo wiedząc, że działalności wkrótce, ze względu na stan zdrowia, nie będzie prowadzić. W ocenie Sądu odwołująca się świadomie wprowadziła organ rentowy w błąd, co do zarobkowego charakteru swojej działalności, podczas gdy w istocie jej celem było wyłącznie utrzymanie tytułu ubezpieczenia społecznego i wypłata świadczeń od zawyżonej podstawy wymiaru składek. Wobec tego Sąd Okręgowy uznał za nieuzasadniony zarzut naruszenia art. 84 ust. 2 ustawy systemowej.

Skargę kasacyjną od powyższego wyroku Sądu Okręgowego złożyła odwołująca się zaskarżając wyrok ten w całości i wnosząc o jego uchylenie i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania, a w sytuacji uznania przez Sąd Najwyższy, że podstawa naruszenia prawa materialnego jest oczywiście uzasadniona uchylenie wyroku i orzeczenie co do istoty sprawy poprzez zmianę wyroku Sądu Okręgowego i uznanie, że odwołująca się nie jest zobowiązana do zwrotu wypłaconych jest świadczeń chorobowych oraz zasądzenie kosztów procesu za pierwszą i drugą instancję oraz kosztów postępowania kasacyjnego.

Skarżąca zarzuciła naruszenie przepisów prawa materialnego, a mianowicie: art. 84 ust.1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2022 r., poz. 1009, dalej ustawa systemowa) przez jego niewłaściwe zastosowanie przez przyjęcie, że wypłacone odwołującej się świadczenia chorobowe były świadczeniami nienależnymi pomimo tego, że w momencie wypłaty tych świadczeń podlegała ona ubezpieczeniu chorobowemu, a wysokość świadczeń została ustalona samodzielnie przez organ rentowy, a odwołująca się nie występowała do organu rentowego z wnioskiem o wypłacenie jej świadczenia w określonej wysokości; art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej przez jego błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie polegające na przyjęciu, że świadczenia z tytułu zasiłku chorobowego za okres od 3 marca do 31 sierpnia 2017 r.

oraz świadczenia rehabilitacyjne za okres od 1 września 2017 r. do 26 sierpnia 2018 r. i zasiłek chorobowe za okres od 26 do 30 października 2018 r. w wysokości 105.784,69 zł były świadczeniami nienależnymi pomimo tego, że skarżąca była uprawniona do ww. świadczeń w momencie ich pobierania, a także, nie wprowadziła w błąd organu rentowego, korzystając z możliwości jakie stworzył ustawodawca zadeklarowania do podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe kwoty wyższej niż obowiązująca odwołującą się minimalna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, a dodatkowo w okresie otrzymywania tych świadczeń nie miała świadomości, że świadczenia te mogą zostać uznane w przyszłości za nienależne.

Organ rentowy w odpowiedzi na skargę kasacyjną wniósł o jej oddalenie oraz zasądzenie kosztów postępowania kasacyjnego według norm przepisanych.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna odwołującej się okazała się zasadna w stopniu uprawniającym Sąd Najwyższy do wydania orzeczenia kasacyjnego. Przypomnieć należy, że niniejsza sprawa dotyczy zwrotu świadczeń z ubezpieczenia chorobowego wypłaconych osobie prowadzącej – w świetle ustaleń wiążących Sąd Najwyższy - pozarolniczą działalność gospodarczą od 2000 r. Świadczenia te zostały uznane przez Sądy obu instancji za nienależnie pobrane w rozumieniu art. 84 ustawy systemowej z następujących powodów: 1) za luty 2017 r. odwołująca się zadeklarowała maksymalną przewidzianą prawem podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe; 2) w odrębnym postępowaniu z udziałem odwołującej się – toczącym się po zakończeniu wypłacania zasiłku chorobowego - podstawa wymiaru za ten miesiąc została wstecznie skorygowana; 3) w 2017 r. odwołująca się nie uzyskała z prowadzonej działalności dochodów uzasadniających takie zwiększenie podstawy wymiaru; 4) podstawa wymiaru została zwiększona w związku ze diagnozowaniem u niej choroby nowotworowej. W konsekwencji powyższych ustaleń, Sąd drugiej instancji uznał świadczenia wypłacone odwołującej się jako nienależnie pobrane, ponieważ ich wypłata była rezultatem wprowadzenia organu rentowego w błąd co do wysokości należnych jej świadczeń przez wykorzystanie

systemu ubezpieczenia chorobowego dla uzyskania świadczenia w wysokości wyższej od dochodów, jakie odwołująca się mogła sobie wypracować z prowadzonej działalności gospodarczej. W konsekwencji zachowanie odwołującej się należało uznać za działanie instrumentalne, służące wykorzystaniu systemu ubezpieczeń społecznych do uzyskania świadczeń w wysokości sprzecznej z istotą racjonalnego prowadzenia działalności gospodarczej i ochrony przed ryzykiem. Zachowanie odwołującej się zostało potraktowane jako świadome wprowadzenie w błąd organu rentowego co do zarobkowego charakteru prowadzonej działalności gospodarczej.

Tak zrekonstruowane rozumowanie Sądu drugiej instancji należy zestawić z dotychczasową wykładnią i praktyką stosowania art. 84 ustawy systemowej przez Sąd Najwyższy w sprawach dotyczących roszczenia o zwrot wypłaconego świadczenia z powodu zawyżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne (syntezy poglądów judykatury i doktryny dotyczących przesłanek uznania świadczenia za nienależnie pobrane w myśl przywołanego przepisu dokonano w postanowieniu z 23 lutego 2023 r., III USK 184/22, (LEX nr 3554543) oraz w wyroku z 30 stycznia 2019 r., I UK 416/17 (OSNP 2019 nr 7, poz. 90).

Rozpoczynając od kwestii najbardziej ogólnych, w utrwalonym orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjęto, że na podstawie art. 84 ustawy systemowej dochodzi się świadczenia, które zostało nienależnie pobrane przez ubezpieczonego. W przypadku, gdy podstawę faktyczną roszczenia o zwrot wypłacanego świadczenia stanowi wprowadzenie w błąd organu rentowego, Sąd Najwyższy przyjmuje, że wprowadzenie owo stanowi następstwo świadomego działania pobierającego świadczenie, determinowanego wolą wywołania przekonania po stronie organu rentowego, że zostały spełnione warunki nabycia prawa do świadczenia lub pobierania świadczenia o określonej wysokości. Ów błąd wiąże się zawsze z pierwotną wadliwością rozstrzygnięć organu rentowego na etapie ustalania prawa do świadczeń (wyrok Sądu Najwyższego z 6 lutego 2024 r., I USKP 102/23, OSNP 2024, nr 11, poz. 112). Cechą istotną wprowadzenia w błąd organu rentowego jest istnienie fałszywego wyobrażenia organu o stanie uprawnień ubezpieczonego, wywołanego na skutek świadomego zachowania osoby pobierającej świadczenie (wyrok Sądu Najwyższego z 6 lutego 2024 r., I USKP 102/23).

Organ rentowy może domagać się zwrotu nienależnie pobranego świadczenia tylko wówczas, gdy ubezpieczonemu można przypisać złą wolę. Ubezpieczony musi zatem przyjąć świadczenie w złej wierze, wiedząc, że mu się nie należy. Ponieważ w przepisie tym mowa o świadczeniu nienależnie pobranym, chodzi w nim o świadczenie pobrane przez osobę, której można przypisać określone cechy dotyczące stanu świadomości (woli) lub określone działanie bądź zaniechanie. Świadomość nienależności świadczenia może mieć źródło w pouczeniu udzielonym przez organ rentowy co do okoliczności powodujących konieczność zwrotu świadczenia bądź też może wynikać z zawinionego działania osoby, która spowodowała wypłatę świadczeń. 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). Należy zatem ustalić, czy ubezpieczony wiedział, że świadczenie mu się nie należy (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 25 sierpnia 2022 r., III USKP 157/21, LEX nr 3411774). W orzecnictwie Sądu Najwyższego używa się dla określenia tego stanu świadomości sformułowania „zła wola” lub „zła wiara” (wyroki Sądu Najwyższego z 27 sierpnia 2024 r., I USKP 122/23, OSNP 2025, nr 1, poz. 11; z 27 kwietnia 2023 r., III USKP 44/22, OSNP 2024, nr 12, poz. 121). Z drugiej strony, wypłacenie świadczenia w sposób, na który nie miała wpływu zła wola świadczeniobiorcy, nie uzasadnia 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; z 28 kwietnia 2022 r., II USKP 156/21, LEX nr 3434029).

Świadome wprowadzenie w błąd z art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej zorientowane zostało na przeżycia psychiczne ubezpieczonego. Konieczne jest więc wykazanie, że ubezpieczony działał ze świadomością nienależności świadczenia (wyroki Sądu Najwyższego: z 9 kwietnia 2025 r., II USKP 10/25, LEX nr 3864315; z 28 kwietnia 2022 r., II USKP 156/21, LEX nr 3434029; z 6 listopada 2024 r., III USKP 56/24, LEX nr 3781389; 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; J. Jędrasik-Jankowska, Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego, Warszawa 2013 r., s. 152; K. Brzozowska, E. Dawidowska-Myszka, Obowiązek zwrotu nienależnie pobranego świadczenia z ubezpieczenia społecznego, Przegląd Sądowy 2015, nr 7-8, s. 103; wyrok Sądu Najwyższego z 28 stycznia 2021 r., I USKP 3/21, OSNP 2021, nr 12, poz. 137). Nieodzwonne jest więc udowodnienie, że – przykładowo - zawierając umowę o pracę z danym wynagrodzeniem ubezpieczony miał świadomość ustalonej z pracodawcą płacy, a nadto, że podjęte przez niego działania mają wprowadzić organ rentowy w błąd, a tym samym skutkować wypłatą zasiłku chorobowego w zawyżonej wysokości (wyrok Sądu Najwyższego z 9 kwietnia 2025 r., II USKP 10/25, LEX nr 3864315). Z kolei w odniesieniu do osób prowadzących pozarolniczą działalność chodzi o świadomość, że podjęta aktywność zawodowa nie wypełnia warunków prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej stanowiącej tytuł do ubezpieczeń społecznych natomiast służy jedynie uwiarygodnieniu się przed organem rentowym (postanowienie Sądu Najwyższego z 23 lutego 2023 r., III USK 184/22, LEX nr 3554543).

Świadomość ta musi przy tym istnieć w momencie wypłaty świadczenia (wyrok Sądu Najwyższego z 2 października 2018 r., I UK 248/17, OSNP 2019 nr 4, poz. 53; z 6 listopada 2024 r., III USKP 56/24, LEX nr 3781389; postanowienia Sądu Najwyższego z 27 marca 2025 r., III USK 58/24, LEX nr 3854342; z 14 listopada 2023 r., I USK 98/23, LEX nr 3625173). Oceniana jest z perspektywy okoliczności istniejących przed i w trakcie jego wypłaty, a nie z perspektywy okoliczności, które wystąpiły po zakończeniu jego wypłacania przez organ rentowy (wyrok Sądu Najwyższego z 6 listopada 2024 r., III USKP 56/24, LEX nr 3781389; postanowienie Sądu Najwyższego z 26 listopada 2024 r., III USK 78/24, LEX nr 3790591). Jeżeli 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 (postanowienie Sądu Najwyższego z 27 marca 2025 r., III USK 58/24, LEX nr 3854342). Dlatego jeżeli ubezpieczony dopiero z decyzji organu rentowego wydanej po zakończeniu wypłacania zasiłku albo po upływie ponad roku od rozpoczęcia jego wypłacania dowiedział się o zastrzeżeniach organu rentowego co do wysokości pobieranego zasiłku, to niespełnione są przesłanki zastosowania

art. 84 ustawy systemowej (postanowienie Sądu Najwyższego z 14 listopada 2023 r., I USK 98/23, LEX nr 3625173).

Sprawia to, że problematyczne jest kwalifikowanie zakwestionowanej przez organ rentowy podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe w ramach kategorii wymienionych w art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej (wyrok Sądu Najwyższego z 9 kwietnia 2025 r., II USKP 10/25, LEX nr 3864315). Sąd Najwyższy przyjmuje co prawda, że 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 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 (wyrok Sądu Najwyższego z 6 lutego 2024 r., I USKP 102/23, OSNP 2024, nr 11, poz. 112). Uwagę jednak zwraca, że wypowiedzi tego rodzaju formułowane są w odniesieniu do przypadków zadeklarowania wysokiej podstawy wymiaru świadczeń w przypadku rozpoczynania prowadzenia działalności gospodarczej bądź w przypadku jej wznowiania.

W orzecznictwie utrwalony jest także pogląd, że jeżeli organ rentowy na podstawie nieudokumentowanego wniosku lub na podstawie stanu faktycznego niewyjaśnionego wskutek własnych zaniedbań przyzna ubezpieczonemu świadczenia, do których prawo nie istnieje, wadliwość ta i jej konsekwencje materialne nie mogą być uznane za wynik sprzecznej z prawem działalności ubezpieczonego ani za objaw złej woli z jego strony, nie mogą więc stanowić podstawy do obciążenia świadczeniobiorcy obowiązkiem zwrotu niesłusznie wypłaconej sumy (wyrok Sądu Najwyższego z 27 sierpnia 2024 r., I USKP 122/23, OSNP 2025, nr 1, poz. 11). Nie można także mówić o wprowadzeniu organu w błąd, jeżeli organ rentowy przeprowadził kontrolę w wyniku której nie kwestionował istnienia tytułu albo podstawy wymiaru i po jej zakończeniu wypłacał świadczenie (wyroki Sądu Najwyższego z 27 sierpnia 2024 r., I USKP 122/23, OSNP 2025, nr 1, poz. 11; z 27 kwietnia 2023 r., III USKP 44/22, OSNP 2024, nr 12, poz. 121).

Ponadto, w orzecznictwie Sądu Najwyższego w sprawach o zwrot nienależnie pobranych świadczeń przyjęto już, że zła wiara wystąpiłaby wtedy, gdyby ubezpieczona wiedziała, że wykonane przez nią czynności nie wyczerpują przesłanek objęcia ubezpieczeniem (postanowienie Sądu Najwyższego z 14 maja 2025 r., III USK 123/24, LEX nr 3863806). W tej sytuacji w takich sprawach jak niniejsza można byłoby mówić o działaniu w złej wierze, gdyby w dacie podniesienia podstawy wymiaru ubezpieczona wiedziała, że jest to działanie sprzeczne z prawem. Tymczasem obowiązujące regulacje nie zakazywały i nie zakazują modyfikowania podstawy wymiaru, także w sytuacji, w której ubezpieczony dowiedział się już o ziszczeniu się ryzyka ubezpieczeniowego lub spodziewa się, że wystąpi ono w najbliższym czasie.

W dalszej kolejności, z uwagi na zapatrywania wyrażone w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, Sąd Najwyższy zwraca uwagę, że negatywna - z perspektywy ubezpieczonego - decyzja organu rentowego w przedmiocie istnienia tytułu podlegania ubezpieczeniom społecznym bądź podstawy wymiaru nie przekłada się na postępowanie w przedmiocie zwrotu wypłaconych świadczeń (wyrok Sądu Najwyższego z 27 sierpnia 2024 r., I USKP 122/23, OSNP 2025, nr 1, poz. 11). 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 (wyrok Sądu Najwyższego z 6 listopada 2024 r., III USKP 56/24, LEX nr 3781389; postanowienia Sądu Najwyższego z 23 lutego 2023 r., III USK 184/22, LEX nr 3554543 czy z 12 września 2023 r., III USK 320/22, LEX nr 3606482; z 26 listopada 2024 r., III USK 78/24, LEX nr 3790591). Sąd Najwyższy nie uznaje, by wyłącznie na podstawie prawomocnej decyzji stwierdzającej niepodleganie ubezpieczeniom społecznym można było przyjąć, że pobrała ona zasiłek chorobowy w złej wierze i w konsekwencji pozostaje zobowiązana do jego zwrotu (zob. wyroki Sądu Najwyższego: z 27 kwietnia 2023 r., III USKP 44/22; z 27 sierpnia 2024 r., I USKP 122/23, OSNP 2025, nr 1, poz. 11).

Mając powyższe na względzie, Sąd Najwyższy orzekł jak w sentencji, uwzględniając, że Sąd drugiej instancji oparł swój wyrok oddalający apelację odwołującą się na przesłankach i argumentach, które w świetle dotychczasowego

orzecznictwa Sądu Najwyższego nie czynią wypłaconego zasiłku świadczeniem nienależnie pobranym w rozumieniu art. 84 ustawy systemowej, jak również nie ustalił ani nie odniósł się do okoliczności istotnych dla dokonania takiej oceny.

[r.g.]