



Sygn. akt III USKP 36/22

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 kwietnia 2023 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Jolanta Frańczak (przewodniczący)
SSN Zbigniew Korzeniowski (sprawozdawca)
SSN Romualda Spyt

w sprawie z odwołania B. W.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w Szczecinie
z udziałem R. D.

o zasiłek chorobowy, zasiłek macierzyński, świadczenie rehabilitacyjne,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń
Społecznych w dniu 26 kwietnia 2023 r.,

skargi kasacyjnej odwołującej się od wyroku Sądu Okręgowego - Sądu Pracy i
Ubezpieczeń Społecznych w Szczecinie
z dnia 19 lutego 2021 r., sygn. akt VI Ua 53/20,

- I. oddala skargę kasacyjną,**
- II. zasądza od B. W. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń
Społecznych Oddział w Szczecinie 240 zł tytułem zwrotu kosztów
zastępstwa procesowego w postępowaniu kasacyjnym.**

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Szczecinie decyzją z 11 grudnia 2015 r. ustalił, że podstawę wymiaru zasiłku chorobowego dla B.W. za okres od 27 grudnia 2010 r. do 15 czerwca 2011 r. i za okres od 9 lutego 2015 r. do 27 maja 2015 r., zasiłku macierzyńskiego za okres od 16 czerwca 2011 r. do 16 listopada 2011 r. stanowi kwota 2.416,12 zł oraz świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 8 lipca 2015 r. stanowi kwota 2.590,08 zł. Ponadto organ rentowy zobowiązał ubezpieczoną do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń wraz z odsetkami w łącznej kwocie 88.479,69 zł, na którą składały się: należność główna w kwocie 66.869,73 zł oraz odsetki w kwocie 21.609,96 zł. W uzasadnieniu decyzji wskazano, że ubezpieczona zawarła z płatnikiem składek umowy o pracę, których postanowienia - w części dotyczącej wysokości wynagrodzenia oraz wymiaru czasu pracy - naruszały zasady współżycia społecznego, co skutkowało ich nieważnością w myśl art. 58 § 2 i 3 k.c.

W ocenie organu, ubezpieczona w całym okresie zatrudnienia świadczyła pracę na warunkach obowiązujących w okresie od 1 marca 2013 r. do 31 grudnia 2014 r., czyli w 1/2 etatu z wynagrodzeniem miesięcznym w kwocie 2.800 zł. Podane powyżej kwoty stanowią natomiast różnicę między wysokością kwot zasiłku chorobowego, zasiłku macierzyńskiego i świadczenia rehabilitacyjnego, które zostały uiszczone na rzecz ubezpieczonej przy przyjęciu podstawy wymiaru w kwocie 7.000 zł, a następnie 8.500 zł, a tymi, które faktycznie winny zostać uiszczone przy przyjęciu podstawy wymiaru w wysokości 2.800 zł.

Sąd Rejonowy Szczecin-Centrum wyrokiem z 30 września 2020 r. zmienił decyzję Zakładu z 11 grudnia 2015 r. w ten sposób, że nakazał zwrot nienależnie pobranego zasiłku w kwocie 66.868,73 zł bez ustawowych odsetek liczonych od 5 stycznia 2015 r. i oddalił odwołanie ubezpieczonej w pozostałym zakresie.

Sąd Okręgowy w Szczecinie wyrokiem z 19 lutego 2021 r. oddalił apelację ubezpieczonej od wyrok z 30 września 2020 r.

Wcześniej zakończyła się sprawa z odwołania ubezpieczonej od pierwszej decyzji pozwanego Zakładu z 21 października 2015 r., ustalającej, że podstawa wymiaru składek B. W. podlegającej ubezpieczeniom jako pracownik R. D., na ubezpieczenia emerytalne i rentowe, chorobowe i wypadkowe, wynosi: w październiku 2010 r. 1.026,73 zł, w listopadzie 2010 r. 2.146,69 zł, w grudniu 2010

r. 0 zł, w listopadzie 2011 r. 1.306,72 zł, w grudniu 2011 r. 2.800 zł, w styczniu 2015 r. 466,75 zł, a na ubezpieczenia zdrowotne wynosi odpowiednio w analogicznych okresach: 855,97 zł, 1.852,38 zł, 2.093,90 zł, 1.127,57 zł, 2.416,12 zł i 2.013,46 zł. W uzasadnieniu ww. decyzji organ wskazał, iż ubezpieczona w całym okresie zatrudnienia świadczyła pracę na warunkach obowiązujących w okresie od 1 marca 2013 r. do 31 grudnia 2014 r., czyli w 1/2 wymiaru etatu z wynagrodzeniem miesięcznym w kwocie 2.800 zł, a tym samym obniżył podstawę wymiaru składek za sporne okresy do wysokości 2.800 zł miesięcznie z uwzględnieniem proporcjonalnego jej pomniejszenia do dni obecności w pracy. Sąd Okręgowy w Szczecinie wyrokiem z 15 czerwca 2016 r. oddalił odwołania B. W. i R. D. od tej decyzji (VI U 1099/15). Sąd Apelacyjny w Szczecinie wyrokiem z 20 listopada 2017 r. oddalił apelacje B. W. i R. D. od wyroku z 15 czerwca 2016 r. (III AUa 822/15).

W obecnej sprawie, czyli rozpoczętej odwołaniem ubezpieczonej od decyzji z 11 grudnia 2015 r., Sąd Rejonowy ustalił, że B. W. została zgłoszona do ubezpieczenia społecznego, w tym ubezpieczenia chorobowego, na podstawie umowy o pracę zawartej ze swoim partnerem R. D. 20 października 2010 r. na czas nieokreślony. W umowie wskazano, iż będzie świadczyć pracę na stanowisku projektanta architekta, w pełnym wymiarze czasu pracy, za miesięcznym wynagrodzeniem w kwocie 7.000 zł.

Od 24 listopada 2010 r. B. W. była niezdolna do pracy z powodu ciąży. W związku z niezdolnością do pracy, po upływie okresu wypłaty wynagrodzenia chorobowego przez płatnika (w okresie od 24 listopada 2010 r. do 26 grudnia 2010 r.), organ rentowy wypłacił B. W. zasiłek chorobowy (...). Wniosek o wypłatę zasiłku chorobowego wpłynął do organu w dniu 3 stycznia 2011 r., a podpis pod nim złożył R. D.. 16 czerwca 2011 r. B. W. urodziła córkę, której ojcem jest R. D.. Pozwany wypłacał zasiłek macierzyński (...).

Wniosek o wypłatę zasiłku macierzyńskiego wpłynął do organu 28 czerwca 2011 r., a podpis złożył R. D., wskazując, że B. W. udzielono urlopu macierzyńskiego od dnia 16 czerwca 2011 r. do dnia 2 listopada 2011 r. oraz dodatkowego urlopu macierzyńskiego od dnia 3 do 16 listopada 2011 r. Podstawę wymiaru powyższych świadczeń stanowiła kwota 7.000 zł, podana w ww. zaświadczeniach płatnika składek. 27 grudnia 2011 r. B. W. złożyła podanie, w

którym wskazała, iż od dnia 17 listopada do 31 grudnia 2011 r. korzystała z urlopu wypoczynkowego oraz wniosła o udzielenie jej urlopu wychowawczego w okresie od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2015 r. 25 lutego 2013 r.

B. W. wniosła o przyjęcie jej do pracy w wymiarze 1/2 etatu od 1 marca 2013 r. na stanowisku projektanta - architekta. 1 marca 2013 r. podpisała z R. D. aneks do umowy o pracę, w którym wskazano, iż będzie świadczyć pracę w wymiarze 1/2 etatu za miesięcznym wynagrodzeniem w kwocie 2.800 zł.

25 listopada 2013 r. złożyła wniosek o udzielenie jej urlopu wychowawczego od 2 grudnia 2013 r. 23 grudnia 2014 r., podczas korzystania z urlopu wychowawczego, B. W. zawarła z R. D. drugi aneks do umowy o pracę, w którym wskazano, iż od 1 stycznia 2015 r. będzie świadczyć pracę w wymiarze pełnego etatu za miesięcznym wynagrodzeniem w kwocie 8.500 zł. W okresie od 7 stycznia 2015 r. była niezdolna do pracy. Za okres od 7 stycznia do 8 lutego 2015 r. otrzymała wynagrodzenie chorobowe. Wniosek o wypłatę zasiłku chorobowego wpłynął do organu 9 marca 2015 r. Podstawę wymiaru świadczeń stanowiła kwota 8.500 zł, wskazana w zaświadczeniu z 9 marca 2015 r.

Decyzją z 18 sierpnia 2015 r. pozwany Zakład przyznał B.W. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 8 lipca do 5 października 2015 r. w wysokości 90% podstawy wymiaru, a od 6 października 2015 r. do 3 stycznia 2016 r. w wysokości 75% podstawy wymiaru. Podstawę wymiaru świadczenia stanowiła kwota 8.500 zł wskazana w zaświadczeniu płatnika składek z 9 marca 2015 r. B. W. wiedziała, że jej partner R. D. składał do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wnioski o wypłatę zasiłków.

Sąd Rejonowy miał na uwadze ustalenia i wyroki Sądu Okręgowego z 15 czerwca 2016 r. i Sądu Apelacyjnego z 20 listopada 2017 r. w Szczecinie wydane po odwołaniu ubezpieczonej od pierwszej decyzji pozwanego z 21 października 2015 r. W szczególności to, iż Sąd Apelacyjny stwierdził, że zaistniały ciąg wzajemnie powiązanych okoliczności wskazuje, że strony od początku zawarły umowę o pracę, a następnie aneksy w zakresie zmiany wynagrodzenia, nie z zamiarem realnej realizacji umowy, lecz jedynie po to, aby stworzyć pozory pracy, z jednoczesnym zamiarem stworzenia wrażenia tego rodzaju pracy, tylko po to, by w przewidywalnej i bliskiej przyszłości uzyskać znacząco wysokie świadczenia z

ubezpieczenia społecznego, w porównaniu do tych, które B. W. byłaby w stanie uzyskać w ramach prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej. Jakkolwiek organ rentowy nie kwestionował faktu świadczenia pracy, to Sąd Apelacyjny stanął na stanowisku, że całokształt okoliczności sprawy nie pozwala na uznanie, że ubezpieczona w całym spornym okresie świadczyła pracę na rzecz płatnika w ramach podporządkowania pracowniczego. Sąd Apelacyjny wskazał, że B. W. wiedząc, że jest w ciąży, a następnie wiedząc o planowanym leczeniu, w celu zapewnienia sobie ochrony prawnej w zakresie świadczeń z ubezpieczenia społecznego oraz wykorzystując fakt prowadzenia działalności gospodarczej przez swojego konkubenta, zawarła z nim umowę o pracę, której nie miała zamiaru świadczyć, ani nie świadczyła, a pracodawca się na to godził, nie mając potrzeby, ani zamiaru zatrudniania pracownika w takim charakterze, co skutkowało uznaniem umowy o pracę i aneksów do nich za pozorne w rozumieniu art. 83 § 1 k.c. w zw. z art. 300 k.p. Podobnie, jak Sąd Okręgowy, również Sąd Apelacyjny uznał prawidłowość decyzji organu rentowego jedynie ze względu na przyjęcie w jej treści korzystniejszej oceny prawnej, niż płynąca z ustaleń i oceny prawnej sądu.

Sąd Rejonowy w obecnej sprawie rozstrzygnął, że odwołanie ubezpieczonej okazało się zasadne jedynie w części dotyczącej początkowej daty naliczania odsetek, a w pozostałym zakresie podlegało oddaleniu. Przyjął, iż kwestia podstawy wymiaru składek B. W. jako pracownika R. D. została już prawomocnie rozstrzygnięta, a orzeczenie to wiąże strony i sądy, które nie mogą czynić w tym zakresie odmiennych ustaleń, w tym przyjmować, że podstawa wymiaru składek wynosiła faktycznie 7.000 zł, a następnie 8.500 zł. W sprawie zachodzą podstawy do przyjęcia, że świadczenia pobrane przez B. W. były świadczeniami nienależnymi. Postępowanie w pierwszej sprawie wykazało, że ubezpieczona, poczynawszy od zawarcia umowy o pracę w październiku 2010 r., podejmowała w porozumieniu z płatnikiem składek, będącym jednocześnie jej partnerem życiowym, szereg czynności mających pozorować pozostawanie przez nią w stosunku pracy, a których jedynym celem było uzyskanie świadczeń z ubezpieczenia społecznego w wysokości, której ubezpieczona nie uzyskałaby prowadząc dotychczasową działalność gospodarczą. W konsekwencji doszło do oddalenia odwołania, a następnie apelacji z uwagi na zakaz orzekania na niekorzyść strony odwołującej

(ZUS zobowiązał odwołującą nie do zwrotu całego otrzymanego świadczenia, a do zwrotu różnicy między kwotą wypłaconą w oparciu o podstawę wymiaru w wysokości 7.000 zł i 8.500 zł, a taką, która winna być wypłacona przy podstawie wymiaru w wysokości 2.800 zł).

Zgodnie z art. 365 § 1 k.p.c. w zw. z art. 366 k.p.c., orzeczenie prawomocne wiąże nie tylko strony i sąd, który je wydał, lecz również inne sądy oraz inne organy państwowe i organy administracji publicznej, a w wypadkach w ustawie przewidzianych także inne osoby. Wyrok prawomocny ma powagę rzeczy osądzonej tylko co do tego, co w związku z podstawą sporu stanowiło przedmiot rozstrzygnięcia, a ponadto tylko między tymi samymi stronami. Sąd orzekający w niniejszej sprawie jest związany ustaleniami poczynionymi przez Sąd Apelacyjny i motywami wyroku tego Sądu w oderwaniu od których niemożliwe jest wyjaśnienie zakresu rozstrzygnięcia. Sąd Apelacyjny ustalił, iż strony umowy o pracę (ubezpieczona i R. D.) zawarły taką umowę, a następnie aneks w zakresie zmiany wynagrodzenia, nie z zamiarem realnej realizacji umowy, lecz jedynie po to, aby stworzyć pozory pracy, w celu uzyskania znacząco wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego, w porównaniu do tych, które B. W. byłaby w stanie uzyskać w ramach prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej. Sąd Apelacyjny ustalił również, iż B. W. wiedząc, że jest w ciąży, a następnie wiedząc o planowanym leczeniu, w celu zapewnienia sobie ochrony prawnej w zakresie świadczeń z ubezpieczenia społecznego, wykorzystując fakt prowadzenia działalności gospodarczej przez swojego konkubenta, zawarła z nim umowę o pracę, której nie miała zamiaru świadczyć, ani nie świadczyła, a pracodawca się na to godził, nie mając potrzeby, ani zamiaru zatrudniania pracownika w takim charakterze, co skutkowało uznaniem umowy o pracę i aneksów do nich za pozorne w rozumieniu art. 83 § 1 k.c. w zw. z art. 300 k.p. Wobec związania wyrokami zapadłymi przed Sądem Okręgowym i Sądem Apelacyjnym, Sąd rozpoznający sprawę nie czynił w toku postępowania samodzielnych ustaleń faktycznych dotyczących świadczenia pracy przez B. W., czy też wysokości przyznanego jej wynagrodzenia, a do tego sprowadzały się zeznania przesłuchanych w niniejszej sprawie świadków (przesłuchanych podczas pierwotnego prowadzenia sprawy przed Sądem Rejonowym), czy w znacznej

mierze także odwołującej oraz jej partnera (przesłuchanych dwukrotnie). Kwestie te zostały już prawomocnie rozstrzygnięte. Ustalenia dokonane przez Sąd Apelacyjny, którymi Sąd był związany, wskazują, iż ubezpieczona jako osoba pobierająca świadczenia świadomie wprowadziła organ w błąd uzyskując świadczenia z ubezpieczenia chorobowego na podstawie pozornej umowy o pracę. Nie sposób ocenić działania ubezpieczonej inaczej, skoro B. W. wiedząc, że jest w ciąży, a następnie wiedząc o planowanym leczeniu, w celu zapewnienia sobie ochrony prawnej w zakresie świadczeń z ubezpieczenia społecznego, wykorzystując fakt prowadzenia działalności gospodarczej przez swojego partnera, zawarła z nim umowę o pracę, której nie miała zamiaru świadczyć, ani jej nie świadczyła, a jej działania zmierzały jedynie do uzyskania wysokich świadczeń z funduszu ubezpieczeń społecznych. Tym samym nie sposób przyjąć, by zgłoszenie ubezpieczonej do ubezpieczeń społecznych było wynikiem samodzielnych działań płatnika, którego podpisy faktycznie figurują pod dokumentami składanymi do organu. Wręcz przeciwnie, ubezpieczona zawarła z R. D. umowę o pracę i aneks do niej, dostosowując wysokość deklarowanego wynagrodzenia tak, aby uzyskiwać wysokie świadczenia, co przy pozorności przedmiotowych czynności jednoznacznie przemawia za tym, że ubezpieczona uzyskała nienależne świadczenia świadomie wprowadzając organ rentowy w błąd, nie tylko co do wysokości podstawy wymiaru składek, ale także co do samego istnienia tejże podstawy. W konsekwencji Sąd uznał, że świadczenia wypłacone ubezpieczonej w wyniku świadomego wprowadzenia w błąd organu rentowego były nienależne, przy czym z uwagi na zakres spornej decyzji zwrot nienależnych świadczeń ograniczony jest do kwoty wskazanej w decyzji (a nie do całości kwot pobranych przez ubezpieczoną). Zaskarżoną decyzją zobowiązano ubezpieczoną do zwrotu zarówno nienależnie pobranych świadczeń, jak i odsetek od nich. Organ rentowy nie wskazał daty, w której ubezpieczona otrzymała zaskarżoną decyzję. Również w aktach zasiłkowych brak jest potwierdzenia odbioru decyzji przez ubezpieczoną. Ubezpieczona skierowała do Sądu odwołanie datowane na 5 stycznia 2015 r., a więc najpóźniej w tej dacie powzięła wiadomość o treści decyzji, a tym samym o uznaniu świadczenia za nienależne. W konsekwencji sąd uznał żądanie zwrotu odsetek za okres do dnia 5 stycznia 2015 r. za nieuzasadnione (i tego jedynie dotyczy zmiana decyzji).

Po apelacji B. W. Sąd Okręgowy uzupełnił ustalenia faktyczne. Wskazał, że istotą sprawy było z jednej strony prawo ubezpieczonej do świadczeń o określonej wysokości, a z drugiej obowiązek zwrotu świadczeń pobranych w kwotach tę wysokość przekraczających. Poza sporem leżało prawo B. W. do zasiłku chorobowego, zasiłku macierzyńskiego i świadczenia rehabilitacyjnego, prawomocnie została rozstrzygnięta już także kwestia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne skarżącej, a co za tym idzie - wymiaru tych świadczeń. W przypadku ubezpieczonej podstawa ta była przedmiotem zainteresowania organu rentowego, a wydanie zaskarżonej decyzji poprzedziło ustalenie przez ten organ, także w drodze decyzji, iż podstawa wymiaru składek B. W. podlegającej ubezpieczeniom jako pracownik R. D. wynosi na ubezpieczenia emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe: w październiku 2010 r. 1.026,73 zł, w listopadzie 2010 r. 2.146,69 zł, w grudniu 2010 r. 0 zł, w listopadzie 2011 r. 1.306,72 zł, w grudniu 2011 r. 2.800 zł, w styczniu 2015 r. 466,75 zł, a na ubezpieczenia zdrowotne wynosi odpowiednio w analogicznych okresach: 855,97 zł, 1.852,38 zł, 2.093,90 zł, 1.127,57 zł, 2.416,12 zł i 2.013,46 zł. Ustalenie wysokości podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne B. W. stanowiło przedmiot postępowania toczącego się pod sygnaturą akt VI U 1099/15 przed Sądem Okręgowym w Szczecinie na skutek odwołania ubezpieczonej od decyzji organu rentowego z dnia 21 października 2015 r. Prawomocnym wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 20 listopada 2017 r. oddalona została apelacja odwołującej się od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie wydanego w powyższej sprawie i oddalającego odwołania od tejże decyzji. Prawomocny wyrok sądu korzysta z powagi rzeczy osądzonej, co oznacza niemożność poczynienia w innym toczącym się postępowaniu ustaleń pozostających z nim w sprzeczności. Zgodnie bowiem z art. 365 § 1 k.p.c. orzeczenie prawomocne wiąże nie tylko strony i sąd, który je wydał, lecz również inne sądy i organy państwowe. Rozpoznając niniejszą sprawę Sąd Rejonowy związany przytoczonym wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Szczecinie nie mógł więc samodzielnie dokonywać ustaleń w zakresie podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne B. W. z tytułu zatrudnienia u R. D.. Konsekwencją przyjęcia zgodnie z wyrokiem Sądu Okręgowego w Szczecinie musiało być uznanie zaskarżonej decyzji za prawidłową co do rozstrzygnięcia w

przedmiocie braku prawa ubezpieczonej do świadczenia w wysokości wyższej aniżeli ustalona w zaskarżanej decyzji będącej przedmiotem sporu w sprawie VIU 1099/15 (...).

Sąd Okręgowy przyjął, że w sprawie zachodziły podstawy do uznania wypłaconych świadczeń za nienależnie pobrane (art. 84 ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy systemowej). Po uzupełnieniu postępowania dowodowego, należało przyjąć, że zarówno podpisanie przez skarżącą i płatnika umowy o pracę, jak i aneksu do niej w zakresie zmian wynagrodzenia nie wynikało z chęci realizacji wynikających z nich postanowień, a ukierunkowane było wyłącznie na uzyskanie wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego kosztem innych uczestników systemu. Takie działanie uznać należy za świadome wprowadzenie organu w błąd co do podstawy wymiaru składek. B. W. wiedząc, że jest w ciąży, a następnie wiedząc o planowanym leczeniu rozpoznanego u niej w sierpniu 2010 r. wirusowego zapalenia wątroby typu C (HCV), w celu zapewnienia sobie ochrony prawnej w zakresie świadczeń z ubezpieczenia społecznego, wykorzystując fakt prowadzenia działalności gospodarczej przez swojego partnera, zawarła z nim umowę o pracę, której w rzeczywistości nie miała zamiaru świadczyć, a przynajmniej nie na warunkach w niej określonych, zaś pracodawca na to się godził nie mając ani zamiaru ani potrzeby zatrudniania pracownika w takim charakterze i na takich zasadach. Ubezpieczona już po miesiącu od zawarcia umowy o pracę rozpoczęła korzystanie z zasiłku chorobowego, a następnie zasiłku macierzyńskiego, mimo że z przedłożonej dokumentacji nie wynika, aby w stanie zdrowia ubezpieczonej w dacie wystawienia zwolnienia zaistniały szczególne okoliczności, uniemożliwiające dalsze wykonywanie pracy. Odnosząc się natomiast do podpisanego 23 grudnia 2014 r. aneksu, Sąd wskazał, że po raz kolejny podwyższono ubezpieczonej wynagrodzenie do kwoty 8.500 zł, by następnie już od 7 stycznia 2015 r. ponownie rozpoczęła korzystanie ze zwolnień lekarskich w związku z leczeniem przeciwwirusowym interferonem. Choroba ta nie była okolicznością niespodziewaną, która zaskoczyła ubezpieczoną, bowiem do leczenia tego B. W. przygotowywała się już od 2011 r. A zatem, mimo że strony nie miały szans na realizację postanowień umowy, gdyż ubezpieczona podejmowała właśnie długotrwałe leczenie, płatnik dokonał zgłoszenia do ubezpieczeń na warunkach

rażąco odbiegających od dotychczasowych. I w tym kontekście na gruncie uzupełnionego stanu faktycznego należy uznać za całkowicie słuszne przytoczone przez Sąd Rejonowy rozważania Sądu Apelacyjnego poczynione w sprawie VI U 1099/15. Trudno uznać za prawidłowe przerzucanie przez ubezpieczoną odpowiedzialności za zaistniałą sytuację na organ rentowy w sytuacji, gdy zarówno płatnik jak i ubezpieczona mieli świadomość, że nie będzie ona długotrwale pracowała, a mimo to płatnik zgłosił swoją partnerkę do ubezpieczeń i uczynił to z zamiarem zabezpieczenia wysokich świadczeń z ubezpieczenia najpierw na czas ciąży, a następnie czas długotrwałego leczenia. Szeroko zakreśla się ramy zachowań kwalifikowanych jako świadome wprowadzenie w błąd organu rentowego lub odwoławczego. Zalicza się do nich bezpośrednie oświadczenie nieprawdy we wniosku o świadczenia, przemilczenie przez wnioskodawcę faktu mającego wpływ na prawo do świadczeń, złożenie wniosku w sytuacji oczywiście nieuzasadniającej powstania prawa do świadczenia. Organ rentowy może domagać się zwrotu nienależnie pobranego świadczenia wówczas, gdy ubezpieczonemu można przypisać złą wolę. Obowiązek zwrotu obciąża tego, kto przyjął świadczenie w złej wierze wiedząc, że mu się nie należy, co dotyczy zarówno osoby, która została pouczona o okolicznościach, w jakich nie powinna pobierać świadczeń, jak też osoby, która uzyskała świadczenia na podstawie nieprawdziwych zeznań lub dokumentów, albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd instytucji ubezpieczeniowej. Niewątpliwie taka sytuacja miała miejsce w odniesieniu do B. W.. Całość ustalonego stanu faktycznego (po jego uzupełnieniu) prowadzi do niebudzących wątpliwości wniosków, że wspólne i świadome postępowanie zarówno płatnika, jak i ubezpieczonej polegające na tworzeniu pozorów zatrudnienia za stosunkowo wysokim wynagrodzeniem, miało na celu nie tyle zawarcie faktycznego stosunku pracy o takich cechach, co uzyskanie odpowiednio wysokich świadczeń z ubezpieczeń społecznych. We wszystkich tych działaniach, zmierzających de facto do wprowadzenia w błąd organu rentowego, uczestniczył nie tylko płatnik bezpośrednio składający wnioski o świadczenia, ale także ubezpieczona. Oboje bowiem uczestniczyli w kreowaniu okoliczności mających uzasadniać złożenie wniosków o świadczenia właśnie w takiej, a nie niższej wysokości. Sąd Okręgowy w pełni podzielił ocenę dokonaną zarówno przez Sąd

Rejonowy w niniejszej sprawie, jak i przez Sąd Apelacyjny w sprawie VI U 1099/15. W okolicznościach sprawy w ogóle trudno znaleźć racjonalne uzasadnienie zawarcia przez strony umowy o pracę inne aniżeli chęć uzyskania wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Bezsprzeczne jest, że ubezpieczona od 1994 r. prowadziła własną działalność w branży projektowania i wystroju wnętrz. Płatnik natomiast, prywatnie będący jej partnerem życiowym, nie zatrudniał pracowników, współpracując z innymi osobami na podstawie umów cywilnoprawnych (generalnie umów o dzieło). Nic nie stało na przeszkodzie, aby ubezpieczona współpracowała z płatnikiem na takich samych zasadach, zwłaszcza, że jak wynika z przedstawionej dokumentacji finansowej, R.D. nie stać było na zatrudnienie pracownika z wynagrodzeniem 7.000 zł, czy 8.500 zł brutto miesięcznie, oczywiście przy założeniu, że pracownik ten przez pełny rok będzie pobierał pensję. Pracodawca przyjmując pracownika musiał liczyć się z koniecznością ponoszenia kosztów zatrudnienia takich jak płaca, składki, podatki i inne przez cały okres trwania umowy. Zatem gdyby ubezpieczona nie przebywała na zwolnieniach lekarskich za rok pracy w 2011 otrzymałaby wynagrodzenie w łącznej kwocie 84.000 zł brutto, zaś za rok 2015 — 102.000 zł. Wysokość wynagrodzenia należnego ubezpieczonej byłaby znacznie wyższa od rocznego dochodu płatnika, a przecież koszty zatrudnienia pracownika są dla pracodawcy wyższe aniżeli tylko jego wynagrodzenie brutto. Na działanie zmierzające do uzyskania wysokich świadczeń wskazuje też moment zawarcia umowy o pracę i aneksu do niej. Jak wynika z dokumentacji medycznej zarówno w pierwszym, jak i drugim przypadku strony miały świadomość, że ubezpieczona wkrótce będzie korzystać z długotrwałych świadczeń z ubezpieczenia społecznego. W dacie wskazanej jako data zawarcia umowy o pracę, tj. 20.10.2010 r., ubezpieczona była w ciąży i strony miały - a przynajmniej powinny mieć - świadomość tego, że ubezpieczona w związku z wiekiem oraz innymi dolegliwościami (w tym potwierdzonym w sierpniu 2010 r. wirusowym zapaleniem wątroby) będzie korzystała ze zwolnienia lekarskiego w związku z ciążą (...). Ubezpieczona rozpoczęła korzystanie ze zwolnień lekarskich dokładnie po upływie 33 dni ubezpieczenia pracowniczego, czyli w najszybszym możliwym terminie. Zdaniem Sądu jeszcze bardziej oczywista jest sytuacja podpisania aneksu mającego na celu

kolejne podwyższenie podstawy wymiaru świadczeń, z grudnia 2014 r. W 2013 r. ubezpieczona zadeklarowała chęć powrotu do pracy jednak w znacznie ograniczonym wymiarze i przy bardzo ograniczonej podstawie wymiaru składek, po paru miesiącach ponownie korzystała z urlopu wychowawczego, aby w jego trakcie, właśnie w grudniu 2014 r. podpisać z płatnikiem aneks do umowy kilkukrotnie tą podstawę wymiaru zwiększający od 2 stycznia 2015 r., aby od 7 stycznia 2015 r. rozpocząć korzystanie z kolejnych zwolnień lekarskich. Przy czym podkreślić należy, że zwolnienia te związane były z planowanym leczeniem przeciwwirusowym interferonem, do którego ubezpieczona przygotowywała się od dłuższego czasu. Nie była to więc nagła niezdolność do pracy, a wręcz przeciwnie niezdolność, którą strony umowy o pracę musiały przewidywać, a nawet liczyć się z jej długością. W przypadku tak oczywistych okoliczności podpisywania przez płatnika i ubezpieczoną dokumentów wskazujących na zatrudnienie w ramach stosunku pracy z pozorną wysoką podstawą wymiaru składek jak w niniejszym przypadku nie budzi wątpliwości Sądu Okręgowego, że postępowanie ubezpieczonej, korzystającej następnie ze świadczeń z ubezpieczenia społecznego, nacechowane musi być nie tylko pełną świadomością podejmowanego działania, ale także jego umyślnością. Była bowiem niewątpliwie świadoma treści podpisywanych z płatnikiem dokumentów, a także zdawała sobie sprawę z faktu, że będą miały one wpływ na wysokość jej świadczeń. W tej sytuacji zasadność żądania przez organ rentowy zwrotu świadczeń pobranych w wyniku takiego wprowadzenia organu rentowego w błąd, także nie budzi wątpliwości.

W skardze kasacyjnej zarzucono naruszenie:

I. prawa materialnego:

a) art. 84 ust. 1 i ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez jego błędną wykładnię i całkowite pominięcie, że warunkiem uznania, iż wypłacone świadczenie, jako mające charakter świadczenia nienależnie pobranego jest świadomość osoby, która takie świadczenie pobrała - wynikająca ze stosownego pouczenia o braku prawa do niego oraz uznanie, że Ubezpieczona w dacie wystąpienia przez Zainteresowanego z wnioskami o świadczenie z ubezpieczenia społecznego w sposób świadomy wprowadziła w błąd organ ubezpieczeń społecznych;

b) art. 22 § 1 k.p. poprzez błędną wykładnię i przyjęcie, że pomiędzy stronami umowy o pracę będącymi jednocześnie partnerami w życiu prywatnym nie dochodzi do powstania stosunku podporządkowania i podległości służbowej, a w konsekwencji - że Ubezpieczona nie wykonywała na podstawie zawartych z Zainteresowanym umów o pracę obowiązków pracowniczych, lecz jedynie pomagała partnerowi w prowadzonej działalności.

II. obrazę przepisów postępowania, które to uchybienie miało istotny wpływ na wynik sprawy, a mianowicie:

a) art. 382 k.p.c. w zw. z art. 316 § 1 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. i art. 233 § 1 k.p.c. poprzez całkowite pominięcie i nie uwzględnienie przy orzekaniu istotnych okoliczności faktycznych ustalonych przez Sąd Rejonowy i przyjętych za własne przez Sąd II instancji, a w szczególności tych okoliczności, które wprost wynikają z treści przeprowadzonych w sprawie dowodów, w tym zeznań B. W., R. D. i M. T., które to dowody dostarczyły informacji zasadniczych dla wydania rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie. W konsekwencji tego uchybienia Sąd odwoławczy oparł swoje orzeczenie jedynie na postawionej hipotezie, nie zaś na treści przeprowadzonych dowodów o zasadniczym znaczeniu dla rozstrzygnięcia;

b) art. 6 k.c. poprzez zasadniczo wadliwe rozłożenie pomiędzy Stronami niniejszego procesu ciężaru dowodowego i całkowite pominięcie przez Sąd odwoławczy faktu, że żadna z przesłanek żądania od Ubezpieczonej zwrotu wypłaconych Jej świadczeń nie została wykazana przez organ ubezpieczeń społecznych, który w tym zakresie nie przejawiał jakiegokolwiek inicjatywy dowodowej.

Skarżąca wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

Pozwany wniósł o oddalenie skargi kasacyjnej i zasądzenie kosztów.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Zarzuty skargi kasacyjnej nie są zasadne i dlatego została oddalona.

Rozpocząć należy od drugiego zarzutu materialnego, dotyczącego tytułu ubezpieczenia społecznego a jednocześnie podstawowego dla rozstrzygnięcia

sprawy. Zarzut nie jest zasadny, gdyż pozwany Zakład nie zakwestionował istnienia stosunku pracy (art. 22 § 1 k.p.), tylko postanowienia umowy o pracę w części dotyczącej wysokości wynagrodzenia oraz wymiaru czasu pracy, uznając je za nieważne. Podstawą były regulacje z art. 58 § 2 i 3 k.c. (*vide* uzasadnienie decyzji z 11 grudnia 2015 r.). Pozwany ma takie uprawnienie, co potwierdził Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 29 listopada 2017 r., P 9/15, odpowiadając na pytanie Sądu powszechnego w podobnej sprawie. Trybunał orzekł, że art. 83 ust. 1 pkt 3 w związku z art. 41 ust. 12 i 13, art. 68 ust. 1 pkt 1 lit. c i art. 86 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych w zakresie, w jakim stanowi podstawę ustalania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych innej - niż wynikająca z umowy o pracę - wysokości podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe, jest zgodny z art. 2 w związku z art. 84 i art. 217 oraz z art. 32 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Trybunał wskazał w uzasadnieniu wyroku, że umowa o pracę jest czynnością prawną, dla oceny ważności której - w sferze prawa ubezpieczeń społecznych - Sąd Najwyższy dopuszcza, zdaniem Trybunału Konstytucyjnego słusznie, stosowanie art. 58 k.c. Trybunał potwierdził tym samym kierunek wykładni wynikający z uchwały Sądu Najwyższego z 27 kwietnia 2005 r., II UZP 2/05, iż Zakład Ubezpieczeń Społecznych może zakwestionować wysokość wynagrodzenia stanowiącego podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, jeżeli okoliczności sprawy wskazują, że zostało wypłacone na podstawie umowy sprzecznej z prawem, zasadami współżycia społecznego lub zmierzającej do obejścia prawa (art. 58 k.c.).

Ocena Sądów powszechnych w obecnej sprawie, nie zmieniła tej podstawy decyzji pozwanego, próbując jako zgodną z prawem także dodatkową ocenę o pozorności zatrudnienia, wynikającą z rozpoznania odwołania skarżącej od pierwszej decyzji z 21 października 2015 r., czyli w sprawie zakończonej wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z 20 listopada 2017 r., III AUa 822/16. Podkreśla się to, gdyż Sąd Najwyższy rozpoznaje skargę tylko w granicach zarzutów jej podstaw (art. 398¹³ § 2 k.p.c.). Rzecz w tym, że zarzut naruszenia art. 22 § 1 k.p. nie jest wystarczający do uznania skargi kasacyjnej za zasadną, skoro skarga nie zarzuca naruszenia zastosowania art. 58 § 2 i 3 k.c., który stanowił szczególną podstawę weryfikacji wysokości wynagrodzenia skarżącej jako podstawy zasiłku

chorobowego, macierzyńskiego i świadczenia rehabilitacyjnego, a nie samego tytułu ubezpieczenia społecznego. Innymi słowy podstawą oddalenia odwołania i oddalenia apelacji nie było wykluczenie istnienia stosunku pracy – art. 22 § 1 k.p. Powyższej oceny nie zmienia odwołanie się przez skarżącą do wyroku Sądu Najwyższego z 5 grudnia 2018 r., III UK 193/17, gdyż sprawa nie była taka sama. Ponadto Zakład ma obowiązek realizować świadczenia na bieżąco i nie można wymagać, aby już w tym momencie weryfikował przesłanki świadczenia w odniesieniu do każdego ubezpieczonego, czyli iżby warunkiem wypłaty było uprzednie sprawdzenie i zatwierdzenie prawidłowości zgłoszenia do ubezpieczenia społecznego. Taki warunek nie wynika z ustawy i nie byłby możliwy do wykonania w każdym przypadku ze względu na liczbę wypłacanych zasiłków chorobowych, macierzyńskich. Zakład uprawniony jest do kontroli przesłanek faktycznych i prawnych świadczenia po jego wypłacie, co potwierdzają regulacje ustawy o zwrocie nienależnie pobranych świadczeń.

Sprawy wynikające z decyzji pozwanego, kwestionującego podstawę wymiaru składek w zatrudnieniu pracowniczym, nie są rzadkie. Mają już swoje orzecznictwo. Już wcześniej powiedziano, że pozwany ZUS ma prawo kontroli i weryfikowania podstaw ubezpieczenia, w tym samej tylko wysokości wynagrodzenia, ustalanego w celu instrumentalnego wykorzystania systemu ubezpieczeń społecznych i uzyskania nienależnych lub zawyżonych świadczeń, z naruszeniem zasady solidaryzmu ubezpieczonych czy proporcjonalności świadczeń do składki (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 23 lutego 2005 r., III UK 200/04; z 9 sierpnia 2005 r., III UK 89/05; z 18 października 2005 r., II UK 43/05; z dnia 4 sierpnia 2005 r., II UK 320/04; z dnia 25 stycznia 2005 r., II UK 141/04; z dnia 4 sierpnia 2005 r., II UK 16/05). Ustalenie rażąco wysokiego wynagrodzenia za pracę może być w konkretnych okolicznościach uznane za nieważne jako dokonane z naruszeniem zasad współżycia społecznego, które polegają na świadomym osiągnięciu nieuzasadnionych korzyści z systemu ubezpieczeń społecznych kosztem innych uczestników tego systemu - art. 58 § 3 k.c. w związku z art. 300 k.p. W ostatnich orzeczeniach Sąd Najwyższy potwierdza tę linię wykładni i stosowania prawa, czyli że na jurysdykcyjną tolerancję nie zasługują żadne intencjonalne zabiegi skierowane na uzyskanie zawyżonych świadczeń z ubezpieczenia

społecznego w związku z deklarowaniem i opłaceniem wysokich składek przed okresami zamierzonego lub definitywnego korzystania z długookresowych świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Takie działania pozostają bowiem w widocznej *prima facie* sprzeczności z zasadami współżycia społecznego oraz z zasadą równego traktowania wszystkich ubezpieczonych w solidarnym systemie ubezpieczeń społecznych (art. 2a ustawy systemowej), z którego przysługują świadczenia proporcjonalne do wymaganego okresu oraz wysokości opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne (wyrok z 13 czerwca 2017 r., I UK 259/16). Organ ubezpieczeń społecznych jest uprawniony do kontroli i korygowania zawyżonych podstaw wymiaru składek z każdego tytułu podlegania ubezpieczeniom społecznym dla zapobieżenia nabywania nienależnych lub zawyżonych świadczeń z ubezpieczenia społecznego, jeżeli okoliczności sprawy wskazują na intencjonalny lub manipulacyjny zamiar uzyskania takich świadczeń z ubezpieczenia społecznego w sposób sprzeczny z prawem lub zmierzający do obejścia przepisów i zasad systemu ubezpieczeń społecznych (wyrok z 5 września 2018 r., I UK 208/17).

Zarzut materialny pierwszy jest zasadny tylko o tyle, że warunkiem zwrotu świadczenia nienależnie pobranego jest zła wola ubezpieczonego, jednak wówczas nie wymaga się bezwzględnie uprzedniego pouczenia ubezpieczonego co do takiego zachowania jako warunku zwrotu świadczenia. Zarzut skargi obejmuje art. 84 ust. 1 i ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, dlatego należy zauważyć, iż pouczenie odnosi się do sytuacji z punktu 1, a nie do sytuacji z punktu 2. Warunek formalny pouczenia nie decyduje zatem w sprawie jako przesłanka zwrotu nienależnego świadczenia. Decyduje o tym świadomość ubezpieczonej, którą skarżąca zdaje się kwestionować w zarzucie. Rzecz jednak w tym, iż świadomość skarżącego to sfera stanu faktycznego w tej sprawie. Sąd Najwyższy jest związany ustaleniami stanu faktycznego, na którym oparto zaskarżony wyrok, w ocenie zarzutu materialnego skargi kasacyjnej (art. 398¹³ § 2 k.p.c. w zw. z art. 398³ § 1 pkt 1 k.p.c.). Sąd powszechny ustalił świadome działanie ubezpieczonej i jej partnera nakierowane na instrumentalne wykorzystanie przepisów prawa pracy i pochodnych przepisów o ubezpieczeniu społecznym dla uzyskania wysokich świadczeń w okresach chorobowej i macierzyńskiej

niezdolności do pracy. Zasadnie wskazał Sąd w zaskarżonym wyroku, że powaga rzeczy osądzonej rozciąga się również na motywy w takich granicach, w jakich stanowią one konieczne uzupełnienie rozstrzygnięcia. Odnosi się to do osądu pierwszej sprawy dotyczącej pierwszej decyzji pozwanego z 21 października 2015 r., dotyczącej podstawy wymiaru składek, a zakończonych wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z 20 listopada 2017 r. Negatywne rozstrzygnięcie dla skarżącej pierwszej sprawy wynika z ustalenia m.in., że strony umowy o pracę zawartej 20 października 2010 r. godziły się, że ubezpieczona nie będzie realnie pracowała, a celem i zgodnym zamiarem zawarcia umowy o pracę było jedynie pozyskanie świadczenia z ubezpieczenia społecznego (...), strony zawierając umowę ze świadomością, że ubezpieczona jest w ciąży wiedziały, że umowa nie będzie realizowana a ubezpieczona będzie korzystała długotrwale ze zwolnienia lekarskiego. Sąd Apelacyjny stwierdził w konkluzji, iż w sprawie zaistniał ciąg wzajemnie powiązanych okoliczności, wprost wskazujący na to, że strony od początku zawarły umowę o pracę, a następnie aneksy w zakresie zmiany wynagrodzenia nie z zamiarem realnej realizacji umowy, a dalej postanowień aneksu, lecz jedynie po to by stworzyć pozory pracy, z jednoznacznym zamiarem stworzenia wrażenia tego rodzaju pracy, tylko po to by w przewidywalnej i bliskiej przyszłości uzyskać znacząco wysokie świadczenia z ubezpieczenia społecznego, w porównaniu do tych, które ubezpieczona była w stanie uzyskać w ramach własnej działalności gospodarczej. Jakkolwiek organ rentowy nie kwestionował faktu świadczenia pracy, to Sąd Apelacyjny przyjął, że całokształt okoliczności sprawy w zestawieniu ze zgromadzonymi dowodami nie pozwala na uznanie, że ubezpieczona w całym sporym okresie świadczyła pracę na rzecz płatnika w ramach podporządkowania pracowniczego. Zdaniem Sądu, odwołująca się wiedząc, że jest w ciąży, a następnie wiedząc o planowanym leczeniu w celu zapewnienia sobie ochrony prawnej w zakresie świadczeń z ubezpieczenia społecznego, wykorzystując fakt prowadzenia działalności gospodarczej przez swojego konkubenta, zawarła z nim umowę o pracę, której nie miała zamiaru świadczyć i nie świadczyła, zaś pracodawca na to się zgodził nie mając potrzeby, ani zamiaru zatrudniania pracownika w takim charakterze.

Sąd Apelacyjny ocenił, że umowa o pracę stron oraz aneks do niej były pozorne w rozumieniu art. 83 § 1 k.c. w zw. z art. 300 k.p. Wobec stanowiska prawnego organu rentowego uznał jednak prawidłowość zaskarżonej decyzji, ponieważ przyjęta ocena prawna jest korzystniejsza dla B.W., niż wynikałoby to z ustaleń Sądu i oceny prawnej na gruncie art. 6 ust. 1 pkt 1, art. 11 i art. 12 ust. 1 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

W obecnej sprawie Sąd Okręgowy, po uzupełnieniu postępowania dowodowego, samodzielnie też ustalił, że podpisanie umowy o pracę jak i aneksu w zakresie zmian wynagrodzenia nie wynikało z chęci realizacji wynikających z nich postanowień, a ukierunkowane było wyłącznie na uzyskanie wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego kosztem innych uczestników systemu. Takie działanie uznać należy za świadome wprowadzenie organu w błąd co do podstawy wymiaru składek (...). Wspólne i świadome postępowanie zarówno płatnika, jak i ubezpieczonej, polegające na tworzeniu pozorów zatrudnienia za stosunkowo wysokim wynagrodzeniem, miało na celu nie tyle zawarcie faktycznego stosunku pracy o takich cechach, co uzyskanie odpowiednio wysokich świadczeń z ubezpieczeń społecznych. We wszystkich tych działaniach, zmierzających do wprowadzenia w błąd organu rentowego, uczestniczył nie tylko płatnik bezpośrednio składający wnioski o świadczenia, ale także ubezpieczona.

Wobec takich ustaleń Sądu powszechnego, na których oparto zaskarżony wyrok, nie można uznać za zasadny zarzut skargi naruszenia art. 84 ust. 1 i 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. W orzecznictwie zasadnie przyjmuje się, że czynności pozorne uzasadniają stosowanie art. 84 ust. 2 pkt 2 tej ustawy. Przykładowo powiedziano, że jeżeli strony umowy o pracę nie zamierzają wywołać skutku prawnego w postaci nawiązania stosunku pracy, a ich oświadczenia uzewnętrznione umową o pracę zmierzają wyłącznie do wywołania skutku w sferze ubezpieczenia społecznego, to taka umowa jako pozorna jest nieważna (art. 83 § 1 k.c.). Okoliczność, że zgłoszenia danej osoby do ubezpieczeń społecznych dokonuje rzekomy pracodawca, nie oznacza, że rzekomy pracownik, wnioskując o świadczenia z ubezpieczeń społecznych, z powołaniem się na objęcie go takimi ubezpieczeniami w związku z zawarciem umowy o pracę, nie wprowadza świadomie w błąd organu rentowego w rozumieniu art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy o

s.u.s. (wyrok z 22 października 2015 r., II UK 11/13). Taka wykładnia jest uprawniona również w tej sprawie z uwzględnieniem indywidualnego stanu faktycznego i ustalonego zachowania, przy uwzględnieniu wykładni *ad maiori ad minus* i możliwości kwestionowania na podstawie art. 58 § 2 i 3 k.c. (jak w decyzji) tylko części umowy o pracę.

Zarzuty procesowe nie są zasadne z następujących przyczyn.

Pierwszy zarzut procesowy obejmuje w koniunkcji kilka przepisów, co nie zmienia negatywnej oceny, gdyż decyduje treść zarzutu. Ta zaś wymaga, aby Sąd Najwyższy ocenił, czy Sąd powszechny pominął, przy tym zasadnie, okoliczności wynikające z przeprowadzonych dowodów, w tym zeznań świadków. Zarzut nie jest zasadny, gdyż jak wyżej wskazano, podstawą stosowania prawa materialnego przez Sąd powszechny był ustalony stan faktyczny. Sąd powszechny odwołał się do związania procesowego wynikającego z art. 365 § 1 k.p.c. oraz art. 366 k.p.c. ze względu na rozstrzygnięcie w pierwszej sprawie i dalsze ustalenia faktyczne. Rzecz w tym, że Sąd powszechny ustalił określony stan faktyczny, którego postawiony zarzut nie podważa, natomiast niezasadnie określa jako „hipotezę”. Sąd miał na uwadze zeznania ubezpieczonej i zeznania R.D. (uzasadnienie wyrok Sądu Rejonowego z 30 września 2020 r.), dlatego nie można zarzucać, iż nie składały się na materiał sprawy, czyli iżby doszło do naruszenia art. 382 k.p.c. w zw. z art. 316 § 1 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. i art. 233 § 1 k.p.c. Odnosi się to również do zeznań świadka M.T., gdyż organ rentowy nie zakwestionował w decyzji tytuł ubezpieczenia, czyli stosunku pracy. Decyzja dotyczy podstawy wymiaru świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Czym innym jednak jest ocena dowodów w sprawie, bo to należy do Sądu powszechnego, który samodzielnie ustala stan faktyczny. Innymi słowy granicę ustaleń stanu faktycznego stanowi dwuinstancyjne postępowanie przed Sądem powszechnym. Chodzi o to, że podstawą skargi kasacyjnej nie mogą być zarzuty dotyczące ustalenia faktów lub oceny dowodów (art. 398³ § 3 k.p.c.). Skarga nie zarzuca naruszenia art. 365 § 1 k.p.c. oraz art. 366 k.p.c.

Zarzut procesowy drugi traci na znaczeniu, gdyż zarzut naruszenia art. 6 k.p.c. poprzez wadliwe rozłożenie ciężaru dowodu nie ma swojego odrębnego uzasadnienia w skardze kasacyjnej. Jeśliby poprzestać na samym zarzucie, to nie

ma wpływu na wynik sprawy (art. 398³ § 1 pkt 1 k.p.c.), bowiem o wyniku sprawy decydują ustalenia stanu faktycznego, którymi Sąd Najwyższy jest związany (art. 398¹³ § 2 k.p.c.) w ocenie zarzutów materialnych skargi, które okazały się niezasadne.

Z tych motywów orzeczono jak w sentencji (art. 398¹⁴ k.p.c.).

O kosztach orzeczono na podstawie art. 98 § 1 i 3, art. 99 k.p.c. w zw. z art. 398²¹ k.p.c. i stosowanych odpowiednio do odpowiedzi na skargę kasacyjnej przepisów § 9 ust. 2 i § 10 ust. 4 pkt 2 rozporządzenia z 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych.

[SOP]

[a!]