



WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 września 2025 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Piotr Prusinowski (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Krzysztof Staryk

SSA Magdalena Kostro - Wesołowska

w sprawie z odwołania B.M.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w Rzeszowie

o ustalenie nieistnienia obowiązku zwrotu pobranych świadczeń,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń

Społecznych w dniu 18 września 2025 r.,

skargi kasacyjnej odwołującej się od wyroku Sądu Okręgowego w Tarnobrzegu

z dnia 31 października 2023 r., sygn. akt III Ua 16/23,

**uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę Sądowi
Okręgowemu w Tarnobrzegu do ponownego rozpoznania oraz
orzeczenia o kosztach postępowania kasacyjnego.**

SSA Magdalena Kostro - Wesołowska Piotr Prusinowski Krzysztof Staryk

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 31 października 2023 r. Sąd Okręgowy w Tarnobrzegu orzekając w sprawie z odwołania B.M. przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w Rzeszowie oddalił apelację odwołującą się od wyroku

Sądu Rejonowego w Tarnobrzegu z dnia 16 maja 2023 r. Sąd ten umorzył postępowanie w przedmiocie prawa do zasiłku chorobowego i zasiłku opiekuńczego (pkt I wyroku), oddalił odwołanie w zakresie żądania ustalenia nieistnienia obowiązku zwrotu pobranego zasiłku chorobowego i zasiłku opiekuńczego (pkt II wyroku) oraz zasądził od wnioskodawczynie na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w Rzeszowie kwotę 180 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego (pkt III wyroku).

W niniejszej sprawie Sąd pierwszej instancji oddalił odwołanie wniesione przez ubezpieczoną od decyzji z dnia 31 stycznia 2020 r., w której organ rentowy odmówił B.M. prawa do zasiłku chorobowego od 12 marca 2018 r. do 9 września 2018 r., od 30 stycznia 2019 r. do 30 lipca 2019 r., od 23 września 2019 r. do 26 października 2019 r. oraz prawa do zasiłku opiekuńczego od 24 września 2018 r. do 19 października 2018 r., od 5 listopada 2018 r. do 10 listopada 2018 r., od 19 listopada 2018 r. do 2 grudnia 2018 r., od 17 grudnia 2018 r. do 30 grudnia 2018 r., od 2 stycznia 2019 r. do 11 stycznia 2019 r., od 5 sierpnia 2019 r. do 24 sierpnia 2019 r., od 17 września 2019 r. do 21 września 2019 r., a także zobowiązał wnioskodawczynię do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego oraz zasiłku opiekuńczego za wskazane okresy w łącznej kwocie 106.068,95 zł brutto wraz z odsetkami od dnia doręczenia decyzji do dnia zwrotu kwoty nienależnie pobranego świadczenia. W uzasadnieniu decyzji organ rentowy wskazał, że decyzją z dnia 19 grudnia 2019 r. przesądzono, że od dnia 5 marca 2018 r. wnioskodawczyni nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, dlatego też zasiłek chorobowy oraz zasiłek opiekuńczy wypłacone za te okresy stanowią świadczenie nienależnie pobrane, które podlega zwrotowi.

Sąd pierwszej instancji ustalił, że odwołująca się w czerwcu 2009 r. rozpoczęła prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie usług kosmetycznych. Początkowo zatrudniała fryzjerów, obecnie prowadzi działalność jednoosobową. Rok 2013 był ostatnim rokiem, kiedy wnioskodawczyni pracowała przed zasiłkami. Od marca 2013 r. do 2019 r. płaciła składki na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne i dobrowolne ubezpieczenia chorobowe od maksymalnej podstawy wymiaru składek, to jest w kwocie 11.912,50 zł.

W okresie od dnia 22 sierpnia 2013 r. do 20 sierpnia 2014 r. odwołująca się przebywała na urlopie macierzyńskim z uprawnieniem do pobierania zasiłku macierzyńskiego. Po zakończeniu urlopu macierzyńskiego, w okresie od 21 sierpnia 2014 r. do 17 maja 2015 r. przebywała na zasiłku chorobowym w związku z kolejną ciążą. Następnie od 18 maja 2015 r. do 15 maja 2016 r. była na urlopie macierzyńskim i ponownie od 17 maja 2016 r. do 14 listopada 2016 r. pobierała zasiłek chorobowy. Od 16 listopada 2016 r. do 1 marca 2017 r. pobierała zasiłek opiekuńczy. W okresie od 2 marca 2017 r. do 30 sierpnia 2017 r. ponownie pobierała zasiłek chorobowy. Następnie odwołująca się korzystała wielokrotnie ze zwolnień lekarskich w okresie od 12 marca 2018 r. do 26 października 2019 r.

Pismem z dnia 20 marca 2018 r. organ rentowy zwrócił się do wnioskodawczynie o dostarczenie zaświadczenia lekarskiego zawierającego informację o odzyskaniu zdolności do pracy po chorobie zakończonej dnia 4 marca 2018 r., a także czy z tym dniem zakończono leczenie na schorzenie o symbolu F43. W związku z dostarczeniem nowych dowodów w sprawie, to jest zaświadczenia lekarskiego. Organ rentowy ustalił uprawnienia wnioskodawczynie do zasiłku chorobowego od 12 marca 2018 r. do 4 maja 2018 r.

W listopadzie 2019 r. organ rentowy weryfikował uprawnienia wnioskodawczynie do zasiłku opiekuńczego za okresy: od 24 września 2018 r. do 19 października 2018 r., od 5 listopada 2018 r. do 10 listopada 2018 r., od 19 listopada 2018 r. do 2 grudnia 2018 r., od 17 grudnia 2018 r. do 30 grudnia 2018 r., od 2 stycznia 2019 r. do 11 stycznia 2019 r., od 5 sierpnia 2019 r. do 24 sierpnia 2019 r., od 17 września 2019 r. do 21 września 2019 r. Pismem z dnia 2 grudnia 2019 r. wskazał, iż wyniki postępowania wyjaśniającego nie potwierdziły nieprawidłowości w wykorzystywaniu przez wnioskodawczynię zwolnień lekarskich.

Organ rentowy wyrażał zgody na opłacanie składek po terminie przez odwołującą się. W czerwcu 2018 r. stwierdził nadpłatę na koncie ubezpieczonej, którą zwrócił B.M. Pismem z dnia 7 października 2019 r. wszczął postępowanie administracyjne w sprawie ustalenia zasadności zgłoszenia B.M. do ubezpieczeń społecznych oraz podstawy wymiaru składek z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. Decyzja z dnia 19 grudnia 2019 r. stwierdził, że wnioskodawczyni jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą nie podlega obowiązkowo

ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu oraz dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 5 marca 2018 r. W uzasadnieniu decyzji wskazał między innymi, że z dostarczonej przez wnioskodawczynię deklaracji PIT/B wynika, że w 2014 r. osiągnęła przychód w wysokości 20.33 zł, a od 2015 roku do czasu wydania decyzji wykazywała zerowy przychód z prowadzonej działalności gospodarczej. Od decyzji tej odwołała się wnioskodawczyni. Sąd Okręgowy w Tarnobrzegu wyrokiem z dnia 30 lipca 2020 r. zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że ustalił, iż odwołująca się podlega ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowemu i wypadkowemu oraz dobrowolnemu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą od dnia 5 marca 2018 r. Od powyższego wyroku apelację wniósł Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Sąd Apelacyjny w Rzeszowie wyrokiem z dnia 6 maja 2022 r. zmienił zaskarżony wyrok w ten sposób, że oddalił odwołanie wnioskodawczyni. W uzasadnieniu wyroku Sąd Apelacyjny zaznaczył, że ustalenie przez ubezpieczoną podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne na wysokim poziomie (11.912,50 zł) i utrzymywanie takiego stanu pomimo utraty klientów (do czego niewątpliwie doszło w związku z kolejnymi przerwami w prowadzeniu działalności gospodarczej) i w związku z brakiem generowania zysku z prowadzonej działalności, który dorównywałby ustalonemu poziomowi wymiaru składek, uzasadnia wniosek, że podjęta przez odwołującą działalność gospodarcza nie była działalnością spełniającą cechę zarobkowości, a jedynie ukierunkowaną na osiągnięcie korzyści finansowych kosztem Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, wnioskodawczyni po dniu 5 marca 2018 r. nie miała rzeczywistego zamiaru faktycznego prowadzenia działalności gospodarczej, o czym świadczy bardzo wysoka podstawa wymiaru składek, brak rentowności działalności gospodarczej, brak wiarygodnych dowodów faktycznego prowadzenia działalności oraz brak świadczenia usług.

Decyzją z dnia 30 listopada 2022 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Rzeszowie stwierdził, że B.M. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega w okresie: od 20 grudnia 2019 r. do 31 grudnia 2019 r. obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu; od 1

stycznia 2020 r. obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu.

Orzekający w pierwszej instancji Sąd Rejonowy był zdania, że odwołująca się musiała mieć pełną świadomość co do tego, że deklarowana przez nią działalność gospodarcza w postaci świadczenia usług kosmetycznych jest pozorna. B.M. przemilczając kwestie pozorności tej działalności, składała wnioski o wypłatę zasiłków za sporne okresy, wprowadzając w ten sposób organ rentowy w błąd. W związku z powyższym, wnioskodawczyni nie ma prawa do zasiłku chorobowego oraz zasiłku opiekuńczego za sporne okresy i jest zobowiązana do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń.

Sąd odwoławczy po rozpoznaniu apelacji odwołującej się uznał ją za niezasadną. Podkreślił, że wobec niezaskarżenia wyroku Sądu pierwszej instancji w pkt I przedmiotem postępowania odwoławczego jest tylko rozstrzygnięcie z pkt II, czyli kwestia dotycząca ustalenia nieistnienia obowiązku zwrotu pobranych świadczeń. W tym kontekście Sąd odwoławczy wskazał na prawomocne rozstrzygnięcie zawarte w wyroku Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 6 maja 2022 r., w którym przesądzono, że odwołująca się po dniu 5 marca 2018 r. nie podlegała ubezpieczeniom społecznym z tytułu działalności gospodarczej. Sąd Okręgowy nie miał wątpliwości, że skarżąca miała pełną świadomość, iż jej realne przychody z działalności gospodarczej nigdy nie uzasadniały zadeklarowania podstawy wymiaru składek na poziomie maksymalnym. Deklarując od marca 2013 r. do października 2019 r. maksymalną podstawę wymiaru składek wnioskodawczyni świadomie wprowadziła w błąd organ rentowy. Skarżąca działała w celu wywołania w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych błędnego przekonania o istniejącym stanie rzeczy - iż przysługują jej świadczenia naliczone od maksymalnej podstawy wymiaru składek. Skarżąca działała w złej wierze, bowiem jej działania były ukierunkowane na uzyskanie niewspółmiernie wysokich zasiłków, a składki taktycznie opłacone od zadeklarowanej maksymalnej podstawy stanowiły w istocie intratną inwestycję na kolejne okresy zasiłkowe. Sposób działania skarżącej (częstotliwość i okresy trwania niezdolności do pracy zarówno z uwagi na chorobę jak i z tytułu opieki nad dzieckiem) umożliwiał jej uzyskiwanie świadczeń od zadeklarowanej kwoty w kolejnych okresach zasiłkowych. Działania te ujawniają rzeczywisty cel, którym skarżąca się

kierowała deklarując maksymalną podstawę wymiaru składek - nadużycia świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Sąd odwoławczy podszedł do takiej praktyki z dezaprobatą. Ocena odmienna byłaby, zdaniem Sądu Okręgowego, sprzeczna z elementarnym poczuciem sprawiedliwości i zasadą solidarności ubezpieczonych.

Skargę kasacyjną wywiodła odwołująca się, zaskarżyła wyrok Sądu odwoławczego w całości, zarzucając mu naruszenie:

- art. 365 § 1 k.p.c. przez oparcie ustaleń dotyczących realizacji przesłanek orzeczenia obowiązku zwrotu nienależnie pobranych świadczeń wyłącznie na ustaleniach poczynionych przez Sąd Okręgowy w Tarnobrzegu w wyroku z dnia 30 lipca 2020 r. (sygn. akt III U 146/20) oraz Sąd Apelacyjny w Rzeszowie w wyroku z dnia 6 maja 2022 r. (sygn. akt III AUa 514/20), w sprawie podlegania przez skarżącą ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, podczas gdy Sąd rozpoznający spór o obowiązek zwrotu nienależnie pobranych świadczeń był zobowiązany samodzielnie ustalić zrealizowanie się przesłanek z art. 84 ust 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (aktualnie jednolity tekst: Dz. U. z 2025 r., poz. 350 – dalej jako ustawa systemowa);

- art. 3 w związku z art. 232 w związku z art. 234 k.p.c. polegające na zaakceptowaniu odwrócenia zasad rozkładu ciężaru dowodowego i przerzuceniu na skarżącą konieczności wykazywania faktu braku zaistnienia przesłanek pozwalających na żądanie zwrotu nienależnie pobranych świadczeń działalności gospodarczej, w sytuacji, kiedy organ rentowy w latach 2016 i 2018 prowadził u skarżącej kontrole w zakresie prawidłowości i rzetelności obliczania składek na ubezpieczenia społeczne oraz innych składek, a także kontrolował zasadność korzystania z przyznanych jej zasiłków i nie stwierdził zaistnienia jakichkolwiek nieprawidłowości, organ dopiero w grudniu 2019 r. następnie orzekł o wyłączeniu skarżącej z ubezpieczeń społecznych z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej od 5 marca 2018 r.;

- art. 321 § 1 k.p.c. w związku z art. 477⁹ k.p.c. w związku z art. 477¹⁴ k.p.c., przez ich zastosowanie i uznanie, że Sąd drugiej instancji wyszedł poza zakres rozpoznania sprawy analizując kwestie podlegania przez skarżącą ubezpieczeniom społecznym;

- art. 1 ust. 1 w związku z art. 6 ust. 1, art. 29 ust. 1 oraz art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (jednolity tekst: Dz. U. z 2022 r., poz. 1732 – dalej jako ustawa zasiłkowa) w związku z art. 66 tej ustawy w związku z art. 84 ust. 2 pkt 1 ustawy systemowej przez jego zastosowanie w sprawie, podczas gdy Sąd drugiej instancji niezasadnie przypisał złą wolę na moment pobierania świadczeń ubezpieczonej,

- art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, przez jego zastosowanie w sprawie, mimo że z ustaleń faktycznych poczynionych w sprawie wynika, iż skarżąca nie wprowadziła w błąd organu w zakresie prawa do spornych świadczeń;

- art. 84 ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy systemowej przez jego błędną wykładnię i przyjęcie, iż ubezpieczony nie musi być pouczony o okolicznościach powodujących zwrot świadczeń z ubezpieczeniach społecznych, podczas gdy warunek taki wynika wprost z przepisów prawa i bez znaczenia pozostają takie okoliczności jak znajomość przepisów prawa;

- art. 84 ust. 2 pkt. 2 ustawy systemowej przez jego błędną wykładnię i przyjęcie, iż prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej i następcze wyłączenie przez ZUS skarżącej z ubezpieczeń społecznych stanowi wprowadzenie organu rentowego w błąd, podczas gdy o tym, że skarżąca z punktu widzenia prawnego nie prowadziła pozarolniczej działalności gospodarczej dowiedziała się dopiero w dniu 6 maja 2022 r. (wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie, sygn. akt III AUa 514/20), kiedy stała się prawomocna decyzja z dnia 19 grudnia 2019 r. w zakresie podlegania przez skarżącą ubezpieczeniom społecznym od dnia 5 marca 2018 r.;

- art. 84 ust. 2 pkt. 2 ustawy systemowej przez jego błędną wykładnię i przyjęcie, iż następcza weryfikacja tytułu podlegania do ubezpieczeń społecznych zakończona negatywnym rozstrzygnięciem, stanowi wprowadzenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w błąd;

- art. 84 ust. 2 pkt. 2 ustawy systemowej przez jego błędną wykładnię i przyjęcie, iż zadeklarowanie maksymalnej podstawy wymiaru składek w 2013 r., stanowiło wprowadzenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w błąd co do należności zasiłków za lata 2018-2019, podczas gdy organ rentowy nigdy nie podważył

zadeklarowanej podstawy wymiaru składek i miało to miejsce na 5 lat przed wypłatą spornych zasiłków.

Kierując się zgłoszonymi zarzutami, odwołująca się domagała się uchylenia wyroku Sądu odwoławczego w całości i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy zważył:

Skarga kasacyjna jest trafna.

Zasadnicze znaczenie ma wadliwe zastosowanie art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej. Odnosząc się do stanowiska Sądu odwoławczego trzeba przypomnieć za wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 6 listopada 2024 r., III USKP 56/24 (nie publikowany), że w sprawie o zwrot nienależnie pobranego świadczenia sąd orzekający nie jest zwolniony z obowiązku poczynienia samodzielnie ustaleń, gdyż nie wiążą go w pełni ustalenia i ocena dowodów w sprawie dotyczącej podlegania ubezpieczeniom społecznym i dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 27 sierpnia 2024 r., I USKP 122/23, LEX nr 3748654; z dnia 1 kwietnia 2011 r., II PK 248/10, LEX nr 898418 i powołane tam orzeczenia). Wyrażone w wyroku stwierdzającym niepodleganie ubezpieczeniom społecznym poglądy sądu na sferę motywacyjną 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 pod kątem tego, czy istniały przesłanki z art. 84 ust. 2 ustawy systemowej (zob. postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 23 lutego 2023 r., III USK 184/22, LEX nr 3554543 czy z dnia 12 września 2023 r., III USK 320/22, LEX nr 3606482). W każdym bowiem przypadku, w którym przyjmuje się, że świadczenie zostało nienależnie pobrane w rozumieniu art. 84 ust. 2 ustawy systemowej i w związku z tym podlega zwrotowi na podstawie art. 84 ust. 1 tej ustawy, taka konkluzja musi zostać poprzedzona dokonaniem wyczerpujących ustaleń faktycznych, dotyczących stanu świadomości osoby pobierającej świadczenie (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 kwietnia 2022 r., II USKP 156/21, LEX nr 3434029).

Nie zmieniając wątku rozważań, trzeba posiłkując się wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 27 marca 2025 r., III USKP 57/24, nie publ.) dodać, że stanowisko Sądu Okręgowego było kategoryczne, jednoznaczne i dzielące ustalenia faktyczne oraz ocenę prawną dokonaną przez Sąd Rejonowy. Przy weryfikacji prawidłowości uzasadnienia wyroku Sądu drugiej instancji nie może jednak umknąć to, że w sprawie kluczowe znaczenie przypisano uprzedniemu wyrokowi Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 6 maja 2022 r.. pozostającemu w związku z obecnie rozpoznawaną sprawą. Wynikające z art. 365 k.p.c. związanie wyrokiem sądu cywilnego zobowiązuje do respektowania 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. Należy bowiem pamiętać, że – omawiane związanie ograniczone jest do sentencji orzeczenia i nie obejmuje jego motywów. Z tego względu dominuje stanowisko, że sąd nie jest związany ustaleniami i oceną dowodów dokonanymi w innej sprawie. Zwraca się przy tym uwagę, że – czyniąc samodzielne ustalenia - sąd nie może ignorować 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 dnia 7 grudnia 2017 r., V CSK 197/17, LEX nr 2434726).

Mając na uwadze wskazane racje trzeba jeszcze wskazać na aspekt czasowy. Ustalenie czy świadczenie zostało nienależnie pobrane, dokonywane jest w odniesieniu do chwili wypłaty tego świadczenia, a nie z perspektywy okoliczności, które wystąpiły po zakończeniu jego realizacji przez organ rentowy. To w momencie wypłaty odwołująca się powinna być w złej wierze, to jest mieć świadomość, że świadczenie nie jest jej należne. Staje się to jasne, jeśli weźmie się pod uwagę, że w prawie ubezpieczeń społecznych „świadczenie nienależnie pobrane” to nie tylko „świadczenie nienależne” (obiektywnie, na przykład wypłacane bez podstawy prawnej), ale także „nienależnie pobrane”, a więc pobrane przez osobę, której można przypisać określone cechy dotyczące stanu świadomości (woli) lub określone działania/zaniechania (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 września 2020 r., I UK

98/19, LEX nr 3067436). Świadomość nienależności świadczenia może mieć źródło w pouczeniu udzielonym przez organ rentowy co do okoliczności powodujących konieczność jego zwrotu, bądź też może wynikać z zawinionej osoby, która spowodowała wypłatę świadczenia (wyroki Trybunału Ubezpieczeń Społecznych: z dnia 11 stycznia 1966 r., III TR 1492/65, OSP 1966 nr 10, poz. 247; z dnia 27 maja 1966 r., I TR 49/66, niepublikowany; z dnia 13 października 1966 r., I TR 693/66, niepublikowany; wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 16 lutego 1987 r., II URN 16/87, Praca i Zabezpieczenie Społeczne 1988 nr 6; z dnia 24 listopada 2004 r., I UK 3/04, OSNP 2005 nr 8, poz. 116; jak też R. Babińska: Wzruszalność prawomocnych decyzji rentowych, Warszawa 2007, s. 207; B. Gudowska: Zwrot nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych, część 1, Praca i Zabezpieczenie Społeczne 2011 nr 7, s. 18; M. Bartnicki (w:) K. Antonow, M. Bartnicki, B. Suchacki: Ustawa o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2009, s. 582). W orzecznictwie zwraca się uwagę, że prawo ubezpieczeń społecznych nie wykształciło własnej definicji winy (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 stycznia 2019 r., I UK 416/17, OSNP 2019 nr 7, poz. 90). Przyjmuje się, że 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 ubezpieczonego, wywołanego na skutek świadomego zachowania osoby pobierającej świadczenie (wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 29 lipca 1998 r., II UKN 147/98, OSNAPiUS 1999 nr 14, poz. 471; z dnia 8 stycznia 1999 r., II UKN 406/98, OSNAPiUS 2000 nr 5, poz. 196; z dnia 14 kwietnia 2000 r., II UKN 500/99, OSNAPiUS 2002 nr 20, poz. 623; z dnia 5 kwietnia 2001 r., II UKN 309/00, OSNP 2003 nr 2, poz. 44; z dnia 20 maja 2004 r., II UK 385/03, OSNP 2005 nr 2, poz. 25; z dnia 16 grudnia 2008 r., I UK 154/08, OSNP 2010 nr 11-12, poz. 148; z dnia 27

stycznia 2011 r., II UK 194/00, LEX nr 786392; z dnia 9 marca 2012 r., I UK 335/11, LEX nr 1212052; z dnia 9 lutego 2017 r., II UK 699/15; LEX nr 2255424). Na tle art. 84 ust. 1 i 2 ustawy systemowej, zarzut pobrania nienależnego świadczenia z ubezpieczenia społecznego może być podniesiony tylko wobec osoby, która otrzymała świadczenie bezpodstawnie, i to jedynie wówczas, gdy osoba ta w chwili jego wypłaty (a nie po zaprzestaniu jego realizacji przez organ rentowy) miała świadomość, że świadczenie jej się nie należy. Co więcej, istotne jest, że sam tylko brak prawa do świadczenia nie jest samoistną przesłanką uzasadniającą obowiązek zwrotu świadczenia na podstawie art. 84 ust. 2 ustawy systemowej (wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 19 lutego 2021 r., I USK 79/21, LEX nr 3122782 i z dnia 6 września 2017 r., I UK 376/16, LEX nr 2389591).

Skonfrontowanie wskazanych reguł z ustaleniami faktycznymi dokonanymi (podzielonymi) przez Sąd odwoławczy daje podstawy do twierdzenia, że postulowana przez ten Sąd świadomość nienależności wypłacanych przez organ rentowy świadczeń nie miała miejsca. W tym zakresie należy zwrócić uwagę na kilka okoliczności.

W sprawie znaczenie mają dwie decyzje organu rentowego. Pierwsza z nich, wydana w dniu 19 grudnia 2019 r. stwierdza, że odwołująca się nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 5 marca 2018 r. Kolejna decyzja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 stycznia 2020 r. (zaskarżona w niniejszej sprawie), po pierwsze, odmawia prawa do zasiłków przysługujących w okresie od 12 marca 2018 r. do 21 września 2019 r., a po drugie, zobowiązuje do ich zwrotu w kwocie 106.068,95 zł. Zaprezentowane daty należy skonfrontować z innymi ustaleniami Sądu odwoławczego. W tym kontekście trzeba przypomnieć, że odwołująca się już w czerwcu 2009 r. rozpoczęła prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie usług kosmetycznych. Początkowo zatrudniała fryzjerów, obecnie prowadzi działalność jednoosobową. Rok 2013 był ostatnim rokiem, kiedy pracowała przed zasiłkami. Od marca 2013 r. do 2019 r. odwołująca się płaciła składki na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne i dobrowolne ubezpieczenia chorobowe od maksymalnej podstawy wymiaru składek, to jest w kwocie 11.912,50 zł. W latach 2013 – 2018 przebywała na urlopie macierzyńskim, zasiłku chorobowym i opiekuńczym (w okresach ustalonych przez Sąd odwoławczy).

Mając na uwadze zaprezentowane zdarzenia, należy zadać zasadnicze dla sprawy pytanie. Co się takiego stało, że odwołująca się „zyskała świadomość nienależności pobieranych świadczeń” dopiero od dnia 12 marca 2018 r., a w stosunku do wcześniejszych, przez lata pobieranych zasiłków stan taki nie istniał (a w każdym razie organ rentowy kwestii tej nie podnosi). Ma to znaczenie, jeśli weźmie się pod uwagę, że według ustaleń Sądu odwoławczego „inny przypadek świadomego wprowadzenia w błąd” organu rentowego w rozumieniu art. 84 ust 2 pkt 2 ustawy systemowej polegał na zawyżeniu podstawy wymiaru składki, a to miało miejsce jeszcze w latach wcześniejszych (na pewno w roku 2013).

Sąd Okręgowy nie zwrócił również uwagi na ustalenia faktyczne wskazujące na dokonywanie przez organ rentowy bieżących kontroli wypłaty zasiłków – chodzi o pismo organu rentowego z dnia 20 marca 2018 r., a przede wszystkim o przeprowadzoną przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w listopadzie 2019 r. weryfikację uprawnień do pobierania zasiłków za okresy: od 24 września 2018 r. do 19 października 2018 r., od 5 listopada 2018 r. do 10 listopada 2018 r., od 19 listopada 2018 r. do 2 grudnia 2018 r., od 17 grudnia 2018 r. do 30 grudnia 2018 r., od 2 stycznia 2019 r. do 11 stycznia 2019 r., od 5 sierpnia 2019 r. do 24 sierpnia 2019 r., od 17 września 2019 r. do 21 września 2019 r. Według ustaleń Sądu odwoławczego, pismem z dnia 2 grudnia 2019 r. organ rentowy wskazał, iż wyniki postępowania wyjaśniającego nie potwierdziły się nieprawidłowości w wykorzystywaniu przez wnioskodawczynię zwolnień lekarskich. Wskazane czynności mają znaczenie. Po pierwsze, wskazują na niekoherentność działań organu rentowego, który konsekwentnie wypłacał odwołującej się zasiłki, w dniu 2 grudnia 2019 r. potwierdza prawidłowość wypłaty, a następnie decyzjami z dnia 19 grudnia 2019 r. i 31 stycznia 2020 r. stwierdził, że odwołująca się nie podlega ubezpieczeniu chorobowemu i nie przysługują jej dopiero co wypłacone zasiłki. Po drugie, zaprezentowane uwagi rzutują na ocenę świadomości pobierania zasiłków w złej wierze przez odwołującą się. Niezbornosć postępowania organu rentowego sprawia, że trudno uznać, że odwołująca się miała w trakcie pobierania zasiłków świadomość, że są one nienależne. Jeśli w tym czasie organ rentowy nie dostrzegał nieprawidłowości, to nieracjonalne jest dopatrywanie się po stronie odwołującej się

działania w złej wierze, ukierunkowanego na wprowadzenie organu rentowego w błąd.

Sąd odwoławczy nie uwzględnił przy wydaniu zaskarżonego wyroku, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydając decyzję z dnia 31 stycznia 2020 r. kierował się tylko jednym argumentem. Odmówił wnioskodawczyni prawa do zasiłków chorobowego i opiekuńczego oraz zobowiązał do ich zwrotu z uwagi na to, że decyzją z dnia 19 grudnia 2019 r. ustalono, że od dnia 5 marca 2018 r. odwołująca się nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, a w rezultacie zasiłki chorobowy oraz opiekuńczy wypłacone za wskazane okresy stanowią świadczenie nienależnie pobrane, które podlega zwrotowi. W tym kontekście trzeba przypomnieć, że Sąd pierwszej instancji (Sąd Okręgowy w Tarnobrzegu) wyrokiem z dnia 30 lipca 2020 r. nie podzielił tej oceny, zmienił zaskarżoną decyzję i ustalił, że wnioskodawczyni podlega ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowemu i wypadkowemu oraz dobrowolnemu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą od dnia 5 marca 2018 r. Dopiero na skutek apelacji organu rentowego, Sąd Apelacyjny w Rzeszowie wyrokiem z dnia 6 maja 2022 r. zmienił ten wyrok i oddalił odwołanie od decyzji z dnia 19 grudnia 2019 r. Ze wskazanych okoliczności wynika istotny dla sprawy wniosek. Trzeba przypomnieć, że podstawą prawną niniejszej sprawy jest art. 84 ust 2 pkt 2 ustawy systemowej. Znaczy to tyle, że jego zastosowanie determinowane jest dwiema okolicznościami. Po pierwsze, odwołującej się trzeba przypisać „świadome wprowadzenie w błąd organu rentowego” skutkujące podjęciem wypłaty spornych zasiłków. Po drugie, w chwili wypłaty świadczeń odwołująca się powinna mieć świadomość, że należności te nie są jej należne. Do aspektów tych nie nawiązywał Sąd Apelacyjny wydając wyrok z dnia 6 maja 2022 r. odnoszący się do kwestii podlegania ubezpieczeniom społecznym. W uzasadnieniu zazначył, że ustalenie przez ubezpieczoną podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne na wysokim poziomie (11.912,50 zł) i utrzymywanie takiego stanu pomimo utraty klientów (do czego niewątpliwie doszło w związku z kolejnymi przerwami w prowadzeniu działalności gospodarczej) i w związku z brakiem generowania zysku z prowadzonej działalności, który dorównywałby ustalonemu poziomowi wymiaru składek, uzasadnia wniosek, że podjęta przez odwołującą działalność gospodarcza nie była działalnością spełniającą

cechę zarobkowości, a jedynie ukierunkowaną na osiągnięcie korzyści finansowych kosztem Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Nie wchodząc w ocenę trafności tego rodzaju dywagacji – co w niniejszym postępowaniu, z uwagi na prawomocność tego orzeczenia nie jest możliwe – Sąd Najwyższy zmuszony jest zaznaczyć, że aspekt „zarobkowości” podjętej po długiej przerwie (spowodowanej zdarzeniami „zasiłkowymi”) działalności gospodarczej nijak się ma względem przesłanek określonych w art. 84 ust 2 pkt 2 ustawy systemowej. Staje się to zrozumiałe, jeśli weźmie się pod uwagę pogląd prezentowany w tym czasie przez Sąd Najwyższy w uchwale składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 21 kwietnia 2010 r., II UZP 1/10, OSNP 2010 nr 21-22, poz. 267. Sprowadza się on do stanowczego twierdzenia, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie jest uprawniony do kwestionowania kwoty zadeklarowanej przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność jako podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, jeżeli mieści się ona w granicach określonych ustawą systemową. W rezultacie, jeśli utrwalone w ocenianym czasie orzecznictwo Sądu Najwyższego (od którego częściowo odstąpiono dopiero w uchwale składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 29 listopada 2023 r., III UZP 3/23, OSNP 2024 nr 5, poz. 51) głosiło, że ubezpieczony prowadzący działalność gospodarczą ma prawo zadeklarować dowolną podstawę wymiaru składek mieszczącą się w ustawowym przedziale, to takie działanie odwołującej się nie może być poczytywane za przejaw „świadomego wprowadzenia w błąd organu rentowego” w rozumieniu art. 84 ust 2 pkt 2 ustawy systemowej. W tym ujęciu trzeba podkreślić, że brak podstawy prawnej ubezpieczenia samoistnie nie przesądza o spełnieniu przesłanek ustawowych uzasadniających żądanie zwrotu nienależnie wypłaconych zasiłków. Przesłanki z art. 84 ust 2 pkt 2 ustawy systemowej ukierunkowane są na przeżycia psychiczne ubezpieczonego. Znaczenie ma nie to, czy spełnia on przesłanki do objęcia ubezpieczeniem, to jest, czy prowadzona przez niego działalność spełnia wymagane kryteria, ale to, czy odwołujący się obejmuje swoją świadomością, że wypłacane mu zasiłki nie przysługują. Inaczej rzecz ujmując, w sprawie o podleganie ubezpieczeniom społecznym znaczenie ma aspekt „konstrukcyjny”. Drugorzędne znaczenie ma relacja psychiczna zachodząca między ubezpieczonym a tytułem ubezpieczenia. Kluczowe jest to, czy zostały spełnione przesłanki warunkujące

objęcie ubezpieczeniem. W sprawie wyznaczanej przez art. 84 ust 2 pkt 2 ustawy systemowej aspekt ten nie jest wiodący. Na pierwszy plan wysuwa się bowiem kwestia przeżyć osoby ubezpieczonej. Okoliczność, że nie spełnia ona przesłanek uzasadniających objęcie ubezpieczeniem społecznym nie wystarcza do wydania decyzji o obowiązku zwrotu nienależnie pogramego świadczenia.

Znając wskazane zależności nie przekonuje stanowisko Sądu odwoławczego, że „skarżąca miała pełną świadomość, iż jej realne przychody z działalności gospodarczej nigdy nie uzasadniały zadeklarowania podstawy wymiaru składek do ZUS na poziomie maksymalnym. Deklarując od marca 2013 r. do października 2019 r. maksymalną podstawę wymiaru składek skarżąca świadomie wprowadziła w błąd organ rentowy. Skarżąca działała w celu wywołania w ZUS błędnego przekonania o istniejącym stanie rzeczy - iż przysługują jej świadczenia naliczone od maksymalnej podstawy wymiaru składek. Skarżąca działała w złej wierze, bowiem jej działania były ukierunkowane na uzyskanie niewspółmiernie wysokich zasiłków, a składki taktycznie opłacone od zadeklarowanej maksymalnej podstawy stanowiły w istocie intratną inwestycję na kolejne okresy zasiłkowe. Sposób działania skarżącej (częstotliwość i okresy trwania niezdolności do pracy zarówno z uwagi na chorobę jak i z tytułu opieki nad dzieckiem) umożliwiał jej uzyskiwanie świadczeń od zadeklarowanej kwoty w kolejnych okresach zasiłkowych. Działania te ujawniają rzeczywisty cel, którym skarżąca się kierowała deklarując maksymalną podstawę wymiaru składek - nadużycia świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Tego rodzaju zachowania nie mogą być przez Sąd Okręgowy akceptowane, skarżąca nie może skutecznie ubiegać się o ochronę sądową w rozpoznawanej sprawie. Ocena odmienna byłaby, zdaniem Sądu Okręgowego, sprzeczna z elementarnym poczuciem sprawiedliwości i zasadą solidarności ubezpieczonych”.

Sąd odwoławczy posługując się przywołaną argumentacją pominął wątek „jednostkowy”, skupiający uwagę na indywidualnych przeżyciach ubezpieczonego, a przede wszystkim sferze jego zawinienia. „Systemowy” sposób widzenia Sądu odwoławczego, wyraźnie rysujący się z przywołanej argumentacji, nie koresponduje z przesłankami z art. 84 ust 2 pkt 2 ustawy systemowej. Staje się to zrozumiałe, jeśli uwzględni się, że w świetle powszechnie akceptowanego w tym czasie orzecznictwa Sądu Najwyższego ubezpieczony prowadzący działalność gospodarczą mógł

zadeklarować podstawę wymiaru składki w dowolnej wysokości, a organ rentowy nie miał prawa tego kwestionować. Znaczy to tyle, że wątek ten nie może świadczyć o świadomym wprowadzeniu w błąd organu rentowego.

Przeprowadzone rozważania wyjaśniają, że podstawy skargi kasacyjnej oparte na art. 84 ust 2 pkt 2 ustawy systemowej okazały się trafne. Nie doszło natomiast do uchybienia art. 365 § 1 k.p.c. w sposób opisany przez skarżącą. Przepis ten nie przesądza bowiem, czy oparcie ustaleń dotyczących realizacji przesłanek orzeczenia obowiązku zwrotu nienależnie pobranych świadczeń ma nastąpić wyłącznie na podstawie ustaleń poczynionych przez sądy w sprawie o podleganie ubezpieczeniom społecznym, czy też dla wykazania przesłanek z art. 84 ust 2 pkt 2 ustawy systemowej konieczne są jeszcze inne dowody. W sprawie nie doszło również do „odwrócenia zasad rozkładu ciężaru dowodowego” i „przerzucenia na odwołującą się konieczności wykazywania faktu braku zaistnienia przesłanek pozwalających na żądanie zwrotu nienależnie pobranych świadczeń działalności gospodarczej”. Konstrukcjami tymi Sąd odwoławczy nie posługiwał się, co staje się jasne po przeczytaniu uzasadnienia zaskarżonego wyroku. Nie mogło dojść zatem do uchybienia art. 3 w związku z art. 232 w związku z art. 234 k.p.c.

Odwoływanie się przez sąd rozpoznający sprawę o zwrot nienależnie pobranego świadczenia do prawomocnego rozstrzygnięcia o podleganiu ubezpieczeniom społecznym nie świadczy o naruszeniu art. 321 § 1 k.p.c. w związku z art. 477⁹ k.p.c. w związku z art. 477¹⁴ k.p.c. Wystarczy stwierdzić, że przepisy te koncentrują uwagę na sferze orzeczniczej, a nie aspekcie motywacyjnym, którym kieruje się sąd.

W rezultacie, Sąd Najwyższy na podstawie art. 398¹⁵ § 1 k.p.c. orzekł jak w sentencji.

[A.P.]

[SOP]