

## UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 21 maja 2019 roku Sąd Rejonowy dla Łodzi -Śródmieścia w Łodzi X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych:

- w punkcie I odrzucił odwołania M. P. (1) oraz J. S. (1) od

decyzji z dnia 4 kwietnia 2018 r.,

- w punkcie II zmienił zaskarżoną decyzję z dnia 14 maja 2018 r. i orzekł, że M.

P. zachowuje prawo do zasiłku chorobowego za okres od 17 lutego 2016 r. do 1 marca 2016 r., od 28 grudnia 2016 r. do 13 czerwca 2017 r. i nie ma obowiązku zwrotu Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych I Oddziałowi w Ł. pobranego za w/w okresy zasiłku wraz z odsetkami,

- w punkcie III zmienił zaskarżoną decyzję z dnia 11 maja 2018 r. i orzekł, że J.

S. zachowuje prawo do zasiłku chorobowego za okres od 14 kwietnia 2014 r. do 5 maja 2014 r., od 15 maja 2014 r. do 9 lipca 2014 r., od 21 lipca 2014 r. do 28 sierpnia 2014 r., od 9 do 30 września 2014 r., od 1 do 21 stycznia 2015 r., od 2 lutego 2015 r. do 8 marca 2015 r., od 19 marca 2015 r. do 3 kwietnia 2015 r., od 13 kwietnia 2015 r. do 4 maja 2015 r., od 14 do 24 maja 2015 r., od 5 do 30 czerwca 2015 r., od 23 listopada 2015 r. do 6 stycznia 2016 r., od 18 stycznia do 8 lutego 2016 r., od 22 lutego do 2 marca 2016 r., od 14 marca 2016 r. do 13 kwietnia 2016 r., od 26 kwietnia 2016 r. do 3 maja 2016 r., od 13 do 22 maja 2016 r., od 19 grudnia 2016 r. do 18 czerwca 2017 r. i nie ma obowiązku zwrotu Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych I Oddziałowi w Ł. pobranego za okres od 19 czerwca 2014 r. do 9 lipca 2014 r., od 21 lipca 2014 r. do 28 sierpnia 2014 r., od 9 do 30 września 2014 r., od 1 do 21 stycznia 2015 r., od 2 lutego 2015 r. do 8 marca 2015 r., od 19 marca 2015 r. do 3 kwietnia 2015 r., od 13 kwietnia 2015 r. do 4 maja 2015 r., od 14 do 24 maja 2015 r., od 5 do 30 czerwca 2015 r., od 23 listopada 2015 r. do 6 stycznia 2016 r., od 18 stycznia do 8 lutego 2016 r., od 22 lutego do 2 marca 2016 r., od 14 marca 2016 r. do 13 kwietnia 2016 r., od 26 kwietnia 2016 r. do 3 maja 2016 r., od 13 do 22 maja 2016 r., od 19 grudnia 2016 r. do 18 czerwca 2017 r. zasiłku wraz z odsetkami.

### ***Podstawę powyższego wyroku stanowiły następujące ustalenia faktyczne i rozważania prawne Sądu Rejonowego:***

M. P. oraz J. S. podlegali ubezpieczeniom społecznym, w tym dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej – komisju samochodowego. Za okresy wymienione w zaskarżonych decyzjach wnioskodawcy przedstawiali organowi rentowemu zwolnienia lekarskie i pobierali zasiłki chorobowe w wysokości wskazanej w decyzjach.

M. P. oraz J. S. prowadzili działalność gospodarczą w formie spółki cywilnej do grudnia 2017 r. Jej przedmiotem było prowadzenie komisju samochodowego.

Wnioskodawcy zatrudniali w wymiarze 1/2 etatu pracownika – P. U. (1).

Samochody, którymi handlowali wnioskodawcy były sprowadzane z komisju z Belgii. W transakcjach pośredniczył zatrudniony tam A. S. (1). Do obowiązków P. U. (1) należała obsługa klientów na terenie komisju w Z., współpraca z A. S. (1) przy sprowadzaniu aut z Belgii. Po auta do Belgii jechał kierowca z lawetą, zabierał w kopercie umowę kupna podpisaną przez wnioskodawców oraz niekiedy pieniądze. P. U. (1) nie miał pełnomocnictwa do podpisania umów.

Początkowo powodowie osobiście jeździli do Belgii w celu wyboru aut. Po pewnym czasie przyjeżdżali sporadycznie, a z A. S. kontaktował się w imieniu wnioskodawców P. U.. P. U. dzwonił do A. S. z pytaniami dotyczącymi konkretnych aut, których kupnem był zainteresowany. A. S. podawał szczegóły techniczne, oceniał wizualnie auta.

Usługi przewozu aut dla wnioskodawców świadczył P. G.. Odbierał od P. U. zaplombowaną kopertę z dokumentami i pieniędzmi, którą przekazywał A. S.. Powodowie sporadycznie bywali na placu komisju w Polsce.

W spornym okresie nabywcami aut oferowanych przez komis wnioskodawców byli E. K., D. P. oraz Z W..

E. K. nie był obsługiwany przez M. P..

Na umowach kupna i sprzedaży aut oraz na fakturach widnieją podpisy wnioskodawców. Dokumenty te są datowane w okresach, w których przebywali oni na zwolnieniach lekarskich.

Sąd nie dał wiary zeznaniom wnioskodawców, że zakwestionowane przez organ rentowy dokumenty były podpisywane in blanco i leżały w sejfie, skąd wyciągał je P. U. (1) i wypełniał w razie konieczności. Wersja sugerowana przez wnioskodawców wskazuje, że prowadzona przez nich działalność gospodarcza w istocie prowadziła się sama, przy pomocy jedynie pracownika zatrudnionego na 1/2 etatu za najniższe wynagrodzenie krajowe. Należy mieć na względzie, że zwolnienia lekarskie wnioskodawców były częste i długotrwałe na przestrzeni kilku lat. Zgromadzone dowody nie pozwalają na odróżnienie sposobu funkcjonowania komisju w okresach, kiedy wnioskodawcy korzystali ze zwolnień lekarskich, od okresów, kiedy takich zwolnień nie przedkładali. Nadto twierdzenia składane w postępowaniu sądowym są sprzeczne z zeznaniami składanymi w postępowaniu kontrolnym przed ZUS. W protokole przesłuchania przed inspektorem kontroli ZUS w dniu 14 listopada 2017 r. M. P. (1) podał, że „w trakcie mojej choroby pracownik przyjeżdża do mnie do domu i zostaje wystawiona faktura z moim podpisem”, „paragony są wystawiane przeze mnie w domu”, „przygotowujemy umowy na konkretne samochody, podpisujemy je i przekazujemy je firmie transportowej ze wskazaniem miejsca odbioru pojazdu”, „gotówkę na zakup pojazdów kierowca firmy transportowej pobierał od mojego współnika lub ode mnie osobiście”.

W pierwszej kolejności, Sąd I instancji, zaznaczył, że zgodnie z art. 477<sup>9</sup> § 1 i 3 k.p.c odwołania od decyzji organów rentowych lub orzeczeń wojewódzkich zespołów do spraw orzekania o niepełnosprawności wnoszą się na piśmie do organu lub zespołu, który wydał decyzję lub orzeczenie, lub do protokołu sporządzonego przez ten organ lub zespół, w terminie miesiąca od dnia doręczenia decyzji lub orzeczenia. Sąd odrzucił odwołanie wniesione po upływie terminu, chyba że przekroczenie terminu nie jest nadmierne i nastąpiło z przyczyn niezależnych od odwołującego się.

Jak wskazał Sąd Rejonowy odwołania M. P. oraz J. S. od decyzji ZUS z dnia 4 kwietnia 2018 r. zostały złożone z uchybieniem 1 – miesięcznego terminu, o którym mowa w cytowanym przepisie, który upływał w stosunku do M. P. w dniu 9 maja 2018 r., a w stosunku do J. S. – w dniu 10 maja 2018 r. Odwołania złożono w dniu 1 czerwca 2018 r., a zatem z opóźnieniem. Na usprawiedliwienie podnieśli zarzut złego stanu zdrowia, który w ocenie Sądu jest gołosłowny, bowiem niepoparty żadnymi dodatkowymi okolicznościami i dowodami. Konieczność zasięgnięcia porady prawnej również nie uzasadnia zwłoki w złożeniu odwołania zwłaszcza, że ustawowy termin do dokonania tej czynności jest stosunkowo długi, a sam proces odwołania znacznie odformalizowany. Na ostatniej rozprawie wnioskodawcy zeznali, że po otrzymaniu decyzji z dnia 4 kwietnia 2018 r. zwrócili się do organu rentowego o rozłożenie zaległości na raty i oczekiwali na odpowiedź. W ocenie Sądu i ta okoliczność nie usprawiedliwia opóźnienia w złożeniu odwołań. Złożenie wniosku o rozłożenie zaległości na raty nie stało na przeszkodzie złożeniu odwołań, a jest dowodem na to, że wówczas wnioskodawcy nie mieli zamiaru składania odwołań od decyzji z dnia 4 kwietnia 2018 r. Dopiero otrzymanie kolejnych decyzji ZUS, co zresztą wnioskodawcy przyznali, spowodowało, że wnioskodawcy postanowili odwołać się od decyzji z dnia 4 kwietnia 2018 r. i to jest w ocenie Sądu prawdziwa i rzeczywista przyczyna niezłożenia w terminie odwołań od decyzji z dnia 4 kwietnia 2018 r. W tym miejscu Sąd Rejonowy zauważył, że organ rentowy nie wydał w stosunku do wnioskodawców po jednej decyzji obejmującej cały okres zwolnień lekarskich, za który będzie domagał się zwrotu zasiłku, co pozwoliłoby na realną ocenę skutków finansowych zarzutu wykonywania pracy zarobkowej w okresie niezdolności do pracy.

Sąd wskazał, że w takim przypadku istnieje ryzyko, że ubezpieczony nie dysponuje pełną wiedzą odnośnie skutków finansowych decyzji, co z kolei wpływa na proces decyzyjny o wniesieniu odwołania do Sądu. Rezygnacja z wniesienia

odwołania nie zawsze bowiem musi być podyktowana uznaniem jej zasadności, często zaś niechęcią do ponoszenia kosztów finansowych, czasowych i emocjonalnych związanych z uczestnictwem w procesie sądowym.

Zdaniem Sądu Rejonowego w tych konkretnych sprawach w treści uzasadnienia decyzji z dnia 4 kwietnia 2018 r. pogrubionym drukiem wskazano, że w związku z niniejszą decyzją zostanie zweryfikowany okres podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu i uprawnień do zasiłków w latach późniejszych. Wnioskodawcy mieli zatem możliwość uzyskania wiedzy o dalszych skutkach finansowych, jakie powstaną po uprawomocnieniu decyzji z dnia 4 kwietnia 2018 r., a zatem ich wiedza w tym przedmiocie może być oceniona jako pełna.

Z uwagi na powyższe odwołania od decyzji z dnia 4 kwietnia 2018 r. Sąd Rejonowy odrzucił.

Sąd I instancji wskazał przy tym, że zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jedn. Dz. U. z 2005 r., Nr 31, poz. 267 ze zm.) ubezpieczony wykonujący w okresie orzeczonej niezdolności do pracy pracę zarobkową lub wykorzystujący zwolnienie od pracy w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia traci prawo do zasiłku chorobowego za cały okres tego zwolnienia.

Jak wynika z dokonanych ustaleń w okresach orzeczonej niezdolności do pracy wnioskodawcy wykonywali pracę zarobkową – wydawali gotówkę na zakup aut, podpisywali umowy kupna – sprzedaży, wystawiali faktury. Gdyby odwołania zostały wniesione w terminie podlegałyby oddaleniu.

W ocenie Sądu I instancji odwołania od decyzji z dnia 11 i 14 kwietnia 2018 r. podlegały uwzględnieniu. Organ rentowy nie wskazał podstawy prawnej „weryfikacji okresów ubezpieczenia chorobowego wnioskodawców” i w tych sprawach takowa nie istnieje. Organ rentowy bezpodstawnie przyjął, że w związku z uprawomocnieniem się decyzji z dnia 4 kwietnia 2018 r. wystąpiły niedopłaty składek na ubezpieczenia chorobowego w okresach, za które pozbawiono wnioskodawców prawa do zasiłków chorobowych.

Sąd Rejonowy podkreślił, że zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 pkt 1 i 2, pkt 2a ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. Nr 137, poz. 887 ze zm.) objęcie dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym, rentowymi i chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony, z zastrzeżeniem ust. 1a. (...) emerytalne i rentowe oraz chorobowe, o których mowa w ust. 1, ustają:

1) od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony;

2) od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie - w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących, duchownych oraz osób wymienionych w art. 7; w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, z zastrzeżeniem ust. 2a;. W przypadku, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, jeżeli za część miesiąca został pobrany zasiłek, ubezpieczenie chorobowe ustaje od dnia następującego po dniu, za który zasiłek ten przysługuje.

Sąd I instancji podniósł przy tym, że sformułowanie zawarte w art. 14 ust. 2 pkt. 2 w/w ustawy „od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie” odnosi się do składek należnych (aktualnych) w danym miesiącu kalendarzowym.

Jak wskazał Sąd Rejonowy szczegółowe zasady i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, do których poboru jest zobowiązany Zakład Ubezpieczeń Społecznych były określone obowiązującym w spornych okresach Rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie z dnia z dnia 18 kwietnia 2008 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 465). Zgodnie z par. 1 pkt. 1 i 2 Rozporządzenie określa szczegółowe zasady i tryb postępowania w sprawach rozliczania składek i wypłaconych zasiłków, o których mowa w przepisach o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego

w razie choroby i macierzyństwa oraz w przepisach o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, zasiłków rodzinnych i pielęgnacyjnych oraz kolejność zaliczania wpłat składek na poszczególne fundusze; kolejność zaliczania wpłat składek na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych oraz innych należności, do których poboru jest zobowiązany Zakład Ubezpieczeń Społecznych, zwany dalej Zakładem, jeżeli płatnik składek opłaca je i przekazuje niezgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, zwanej dalej „ustawą”;

Zgodnie z par 3 Rozporządzenia dane dotyczące składek na ubezpieczenia społeczne i na ubezpieczenie zdrowotne, zasiłków oraz świadczeń rodzinnych, podane w deklaracji za dany miesiąc kalendarzowy, powinny być zgodne z danymi wynikającymi z raportów za dany miesiąc kalendarzowy. Stosownie do treści par. 11 pkt. 1 Zakład dokonuje rozliczenia dokonanej przez płatnika składek wpłaty na koncie płatnika i zewidencjonowania danych na koncie ubezpieczonego za dany miesiąc kalendarzowy na podstawie deklaracji oraz raportów lub deklaracji korygującej i raportów korygujących, zgodnie z oznaczeniem dokonany przez płatnika składek na dokumencie płatniczym, o którym mowa w art. 47 ust. 4a ustawy, z uwzględnieniem § 3 ust. 4 i § 25.

Możliwość zaliczenia wpłaty dokonanej przez płatnika na należność inną niż wskazana w deklaracji płatnika dopuszcza jedynie par. 12 ust. 1 i nast., zgodnie z którym jeżeli wpłata składek na ubezpieczenia społeczne jest niższa od kwoty należnych składek rozliczonych w deklaracji za dany miesiąc kalendarzowy, zgodnie z zasadami określonymi w § 6 ust. 1 pkt 1, w pierwszej kolejności rozlicza się ją na pokrycie należnych składek na fundusz emerytalny i na otwarte fundusze emerytalne.

W ocenie Sądu I instancji taka sytuacja w niniejszej sprawie nie występuje, ponieważ wnioskodawcy na bieżąco opłacali w pełnej wysokości składki należne za kolejne miesiące kalendarzowe, zgodnie ze składanymi deklaracjami. Okoliczność późniejszego zakwestionowania niektórych okresów zasiłkowych nie daje podstawy do „przeliczenia konta” i zaliczenia prawidłowo i na bieżąco opłacanych składek, na wcześniejsze okresy ubezpieczenia. W każdym razie możliwości takiej nie daje ani ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych, ani też powołane Rozporządzenie. Sąd Rejonowy podkreślił, że organ rentowy nie wskazał jakiegokolwiek podstawy prawnej zastosowanej „weryfikacji okresu ubezpieczenia chorobowego”, nie wydał również decyzji w przedmiocie niepodlegania przez wnioskodawców ubezpieczeniu chorobowemu.

Sąd Rejonowy zauważył, że przyjęcie zastosowanej przez organ rentowy możliwości „weryfikacji okresu ubezpieczenia chorobowego” jedynie w przypadku ubezpieczonego podlegającego dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu daje daleko idącą sankcję w postaci pozbawienia prawa do zasiłków chorobowych za dalsze okresy, a osoby podlegające obowiązkowym ubezpieczeniem chorobowym takich konsekwencji nie ponoszą. Sąd I instancji zwrócił uwagę również na to, że sankcja taka jest niewspółmierna do celu określonego w powołanym art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, jakim jest pozbawienie prawa do zasiłku za okres konkretnego zwolnienia.

W ocenie Sądu Rejonowego nawet gdyby przyjąć, że wnioskodawcy nie zachowują prawa do zasiłków chorobowych za okresy wskazane w decyzjach z dnia 11 i 14 kwietnia 2018 r., rozważeniu podlega kwestia, czy są zobowiązani do ich zwrotu. Zgodnie z art. 66 ust. 2 i 3 powołanej ustawy jeżeli świadczenie zostało pobrane nienależnie z winy ubezpieczonego lub wskutek okoliczności, o których mowa w art. 15-17 i art. 59 ust. 6 i 7, wypłacone kwoty podlegają potrąceniu z należnych ubezpieczonemu zasiłków bieżących oraz z innych świadczeń z ubezpieczeń społecznych lub ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Decyzja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w sprawie zwrotu bezpodstawnie pobranych zasiłków stanowi tytuł wykonawczy w postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Przepis ten reguluje zasady egzekucji nienależnie pobranego świadczenia, natomiast materialnoprawną podstawę żądania zwrotu nienależnych świadczeń stanowi art. 84 ust. 1, 2 i 3 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych ( Dz. U. Nr 137, poz. 887), zgodnie z którym osoba, która pobrała nienależne świadczenie z ubezpieczeń społecznych, jest obowiązana do jego zwrotu, wraz z odsetkami, w wysokości i na zasadach określonych przepisami prawa cywilnego, z uwzględnieniem ust. 11. Za kwoty nienależnie pobranych świadczeń uważa się:

1) świadczenia wypłacone mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty w całości lub w części, jeżeli osoba pobierająca świadczenie była pouczone o braku prawa do ich pobierania,

2) świadczenia przyznane lub wypłacone na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzania w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia.

W niniejszej sprawie wnioskodawcy nie zostali pouczeni, że w przypadku „weryfikacji okresu ubezpieczenia” nie zachowują prawa do zasiłków. Wnioskodawcy nie składali nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów. Bardziej skomplikowana jest kwestia świadomego wprowadzenia w błąd organu rentowego. Ustalono, że okresach wskazanych w decyzjach z dnia 4 kwietnia 2018 r. wnioskodawcy w okresach orzeczonej niezdolności do pracy wykonywali pracę zarobkową. Biorąc pod uwagę długoletni okres wykonywania działalności gospodarczej mieli świadomość, że za te okresy powinni opłacać składki, a wiedzieli, że tego nie czynią. Byli zatem świadomi, że nie opłacają składek należnych na ubezpieczenie chorobowe. Brak jest jednak podstaw, aby przypisać wnioskodawcom świadome wprowadzenie w błąd organu rentowego, bowiem mieli prawo przypuszczać, że opłacenie tych składek za inne okresy pozwoli zachować ciągłość ubezpieczenia chorobowego (podobnie Sąd Okręgowy w Łodzi w sprawie VIII Ua 127/18). Brak jest zatem podstaw do zobowiązania wnioskodawców do zwrotu zasiłków chorobowych pobranych za okresy wskazane w decyzjach z dnia 11 i 14 kwietnia 2018 r.

Jak wskazał Sąd Rejonowy jest to kolejna wada zastosowanej przez organ rentowy koncepcji „weryfikacji okresu ubezpieczenia chorobowego” – pomimo braku obowiązku zwrotu zasiłków organ rentowy może zostać wezwany przez wnioskodawców do zwrotu uiszczonych składek na ubezpieczenie chorobowe za dalsze okresy następujące po dacie wyłączenia z ubezpieczenia (skoro przyjmuje się, że ubezpieczenie chorobowe ustało).

Z uwagi na powyższe Sąd Rejonowy orzekł jak w sentencji na podstawie art. 477<sup>14</sup> par. 2 k.p.c.

***Apelację od powyższego orzeczenia złożył pełnomocnik organu rentowego, w części, tj.: w zakresie punktu II i III, zarzucając mu:***

- Naruszenie prawa materialnego, tj.: art. 66 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o

świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz. U. z 2017r., poz. 1368 ze zm.) oraz art. 84 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t. jedn. Dz. U. z 2017r., poz. 1778 ze zm.) poprzez ich błędną interpretację i niewłaściwe zastosowanie polegające na przyjęciu, że w niniejszej sprawie brak jest podstaw do żądania zwrotu wypłaconych świadczeń.

W konkluzji do tak sformułowanych zarzutów apelacyjnych skarżący wniósł o zmianę

wyroku i oddalenie odwołania od decyzji z dnia 14 maja 2018 roku w sprawie M. P. (1) oraz z dnia 11 maja 2019 roku w sprawie J. S. (1) ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpatrzenia.

W uzasadnieniu skarżący wskazał, że decyzjami z dnia 04.04.2018 r. organ rentowy pozbawił wnioskodawców prawa do zasiłku chorobowego za wymienione w nich okresy oraz zobowiązał wnioskodawców do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego za ww. okresy wraz z odsetkami z uwagi na nienależyte wykorzystywanie zwolnień lekarskich. Przedmiotowym wyrokiem Sąd w pkt 1 odrzucił odwołania wnioskodawców od ww. decyzji z uwagi na zachowanie terminu do wniesienia odwołania, a zatem decyzje nie zostały skutecznie podważone. W wyniku ww. decyzji dokonano rozliczenia konta i stwierdzono niedopłaty składek, które spowodowały ustanie ubezpieczenia chorobowego i odmowę prawa do zasiłków chorobowych za dalsze okresy wymienione w decyzji z dnia 14.05.2018 r. w stosunku do M. P. (1) i z dnia 11.05.2018 r. w stosunku do J. S. (1). Sąd stwierdził w uzasadnieniu wyroku, że organ rentowy nie wskazał podstawy prawnej „weryfikacji okresów ubezpieczenia chorobowego wnioskodawców” i w tych sprawach takowa nie istnieje, a zatem organ rentowy

bezpodstawnie przyjął, że w związku z uprawomocnieniem się decyzji z dnia 04.04.2018 r. wystąpiły niedopłaty składek na ubezpieczenia chorobowego w okresach, za które pozbawiono wnioskodawców prawa do zasiłków chorobowych i w konsekwencji zmienił decyzje z dnia 11.05.2018 r. i 14.05.2018 r. Zdaniem pełnomocnika organu rentowego powyższe stanowisko Sądu jest nietrafne, a nieopłacenie składki lub jej zaniżenie powoduje ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z mocy prawa. Decyzja organu rentowego, czy też złożenie dokumentów korygujących przez płatnika lub sporządzenie ich z urzędu ma charakter wyłącznie deklaratoryjny. Wypłata świadczeń z ubezpieczenia chorobowego na rzecz ubezpieczonego nastąpiła na podstawie dokumentów rozliczeniowych zaewidencjonowanych w (...), które to dokumenty były składane przez samych ubezpieczonych, będących jednocześnie płatnikami składek na własne ubezpieczenie. W tych dokumentach wnioskodawcy wprowadzali organ rentowy w błąd co do swojej niezdolności do pracy, prawa do zasiłku chorobowego w okresach wskazanych w decyzji z dnia 04.04.2018 r., a tym samym co do prawa do pomniejszenia podstawy wymiaru składek i wysokości należnych składek. Stwierdzenie przez organ rentowy ustania ubezpieczenia chorobowego w okresach wskazanych w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji nie spowodowało powstania nowego stanu prawnego, ale było jedynie stwierdzeniem okoliczności, która nastąpiła ex lege. Ustanie ubezpieczenia chorobowego było pośrednim skutkiem nienależytego wykorzystywania zwolnienia lekarskiego, a zatem była to okoliczność zawiniona przez ubezpieczonych. Pełnomocnik organu rentowego wskazał, że w orzecznictwie przyjmuje się szerokie rozumienie wprowadzenia w błąd organu rentowego uznając, że istotą błędu jest „istnienie fałszywego wyobrażenia organu o stanie uprawnień wnioskodawcy, wywołanego na skutek świadomego zachowania osoby pobierającej świadczenie” - por. wyrok SN z 26.07.2017r., UK 287/16. W tym samym wyroku SN uznał, że wykonywanie pracy w trakcie zwolnienia jest wprowadzeniem w błąd organu rentowego co do faktu niezdolności do pracy.

W konsekwencji: składanie dokumentów rozliczeniowych, w których wnioskodawca pomniejszał lub wykazywał „zerową” składkę na ubezpieczenie społeczne za okresy, za które - jak się okazało - nie miał prawa do zasiłku chorobowego jest również wprowadzeniem w błąd organu rentowego i skutkuje obowiązkiem zwrotu nienależnie wypłaconych świadczeń zarówno w świetle art. 66 ustawy zasiłkowej, jak i art. 84 ustawy systemowej.

Na rozprawie apelacyjnej w dniu 8 stycznia 2020 roku pełnomocnik organu rentowego podtrzymał swoją apelację, zaś pełnomocnik skarżących wniósł o jej oddalenie.

### **Sąd Okręgowy zważył, co następuje:**

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie, co skutkuje jej oddaleniem.

Zaskarżony wyrok jest prawidłowy. W ocenie Sądu Okręgowego, Sąd pierwszej instancji wydał trafne orzeczenie, znajdujące oparcie zarówno w zebranych w sprawie materiale dowodowym, jak i w obowiązujących przepisach prawa.

Sąd Okręgowy w pełni aprobuje ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji i przyjmuje je za własne. Podziela również dokonaną zgodnie z dyspozycją art. 233 § 1 k.p.c. ocenę dowodów oraz wywody prawne zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, nie znajdując żadnych podstaw do jego zmiany bądź uchylecia.

Odnosząc się do zarzutów apelacji wskazać należy, że Sąd I instancji właściwie zastosował w niniejszej sprawie przepisy regulujące problematykę nienależnie pobranych świadczeń z systemu ubezpieczeń społecznych. Sąd Okręgowy pragnie wskazać, że jakkolwiek art. 66 ust. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1368) nie jest szczególnie w tym znaczeniu, że wyłącza stosowanie art. 84 ust. 2 ustawy systemowej, to jednak określa on w szczególności sposób zasady potrącenia oraz egzekucji, nie wyłączając natomiast stosowania definicji nienależnie pobranych świadczeń, wynikającej z art. 84 ust. 2 (patrz - wyrok Sądu Najwyższego z 17 stycznia 2012 r., I UK 194/11, LEX nr 1227962; por. także wyroki z 2 grudnia 2009 r., I UK 174/09, LEX nr 585709 i z 3 grudnia 2013 r., I UK 212/13).

Zgodnie z ust. 1 art. 84 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych osoba, która pobrała nienależne świadczenie z ubezpieczeń społecznych, jest obowiązana do jego zwrotu, wraz z odsetkami, w wysokości i na zasadach określonych

przepisami prawa cywilnego, z uwzględnieniem ust. 11. Ustęp 2 definiuje świadczenie pobrane nienależnie i za takie uważa się:

- 1) Świadczenia wypłacone mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty w całości lub w części, jeżeli osoba pobierająca świadczenie była pouczona o braku prawa do ich pobierania;
- 2) Świadczenia przyznane lub wypłacone na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzania w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia.

W orzecznictwie od lat reprezentowane jest stanowisko, zgodnie z którym pojęcie nienależnego świadczenia obejmuje delikt wyłudzenia świadczeń, obowiązek ich zwrotu - ograniczony do wypadków, w których wzbogacony przyjął świadczenia w złej wierze, wiedząc, że mu się one nie należą - dotyczy to osoby, która uzyskała świadczenia na podstawie nieprawdziwych zeznań lub dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd instytucji ubezpieczeniowej. Powyższe 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 organów rentowych lub odwoławczych jest istnienie fałszywego wyobrażenia organu o stanie uprawnień wnioskodawcy, wywołanego na skutek świadomego zachowania osoby pobierającej świadczenie. Przesłanka "świadomego wprowadzenia w błąd" nawiązuje do winy osoby pobierającej świadczenie, więc świadomym wprowadzeniem w błąd jest umyślne działanie zainteresowanego, przyjmujące postać dolus directus lub dolus eventualis (por. L. Ramlo, Art. 84, (w:) J. Wantoch-Rekowski (red.), Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych. Komentarz i powołane tam orzecznictwo, np. wyrok Sądu Najwyższego z 9 lutego 2017 r., II UK 699/15, LEX nr 2255424).

Orzecznictwu znane są także konkretne przykłady świadomego wprowadzenia w błąd organu ubezpieczeń społecznych - to przede wszystkim działania ubezpieczonego polegające m.in. na przedłożeniu w organie rentowym dokumentu mającego istotne znaczenie dla uzyskania świadczenia zawierającego nieprawdziwe informacje (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 kwietnia 2001 r., II UKN 309/00, OSNP 2003 Nr 2, poz. 44), podaniu we wniosku o emeryturę nieprawdziwej informacji, że wnioskodawca nie pobiera innych świadczeń (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 8 stycznia 1999 r., II UKN 406/98, OSNAPiUS 2000 Nr 5, poz. 196 i z dnia 29 lipca 1998 r., II UKN 147/98, OSNAPiUS 1999 Nr 14, poz. 471), posłużeniu się oświadczeniami świadków ze świadomością, że nie są prawdziwe (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 kwietnia 2000 r., II UKN 500/99, OSNAPUS 2001 Nr 20, poz. 623), a także złożeniu wniosku przez osobę niebędącą pracownikiem o wcześniejszą emeryturę przysługującą tylko pracownikom (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 1997 r., II UKN 128/97, OSNAPiUS 1998 Nr 6, poz. 192).

Z przytoczonych orzeczeń wynika, że judykatura określiła szeroko ramy zachowań, kwalifikowanych jako świadome wprowadzenie w błąd organu rentowego lub odwoławczego. Zalicza 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 powstanie prawa do świadczenia oraz okoliczność domniemanego współdziałania wnioskodawcy z innymi podmiotami we wprowadzeniu w błąd organu rentowego.

Ponadto dowód istnienia przesłanek żądania zwrotu świadczenia nienależnego obciąża organ wypłacający świadczenia. Zastosowanie art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy wymaga udowodnienia, że świadczenie zostało przyznane lub wypłacone na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzania w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 czerwca 2008 r., I UK 376/07, OSNP 2009 nr 21-22, poz. 295).

Z ustaleń dokonanych w niniejszej sprawie nie wynika fakt wywołania przez M. P. (1) oraz J. S. (1) fałszywego przeświadczenia organu rozpoznającego sprawę o istniejącym stanie rzeczy, czy też ich wiedza, co do charakteru i skutków własnych działań. W chwili pobierania przez ubezpieczonych świadczeń w okresach objętych zaskarżonymi decyzjami nie mieli oni świadomości, że świadczenia te zostaną uznane przez organ rentowy za nienależnie pobrane, a co więcej decyzja, której uprawnomocnienie się spowodowało po stronie organu rentowego konieczność

rozliczenia konta została wydana dopiero w dniu 4 kwietnia 2018 roku. Nie sposób również podzielić argumentacji organu rentowego jakoby z samego faktu składania przez wnioskodawców dokumentów rozliczeniowych, w których pomniejszali lub wykazywali zerową składkę można było przypisać im celowe działanie mające wprowadzić organ rentowy w błąd.

Na gruncie poczynionych wyżej rozważań prawnych, dotyczących art. 84 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, Sąd Okręgowy stwierdza, że odwołujący nie wprowadzili świadomie, czy też celowo w błąd organu rentowego. Należy zauważyć, że odwołujący spełniali wszystkie przesłanki do wypłacania im zasiłku chorobowego, a co istotne w okresach objętych sporną decyzją nie mieli świadomości, że nie podlegali ubezpieczeniu chorobowemu. Dopiero ponowna weryfikacja okresów podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu spowodowała, że świadczenia uznano za nienależnie pobrane.

Podkreślić należy, iż ostateczne skutki (ich zakres) ponownego rozliczenia konta ubezpieczonych nie mogły być znane nie tylko wnioskodawcom, ale nawet samemu organowi rentowemu. Mogłoby się bowiem okazać, iż na koncie zaistniały nadpłaty, skutkiem których wnioskodawcy nie zostaliby wyłączeni z ubezpieczeń lub okres wyłączenia byłby inny niż ustalił to organ rentowy. W takiej sytuacji nie sposób postawić ubezpieczonym zarzutu świadomego wprowadzenia w błąd organu rentowego a co za tym idzie brak jest podstaw do przyjęcia, że wypłacona tytułem zasiłku chorobowego kwota, w okresach objętych sporną decyzją, podlega zwrotowi.

Sąd Okręgowy nie dopatrywał się żadnych podstaw do uznania naruszenia przez Sąd I instancji przepisów prawa materialnego i w tym stanie rzeczy oddalił apelację, jako bezzasadną na mocy art. 385 k.p.c.

Przewodnicząca: Sędziowie:

P.B.