

## UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 13 października 2015 r. Sąd Rejonowy dla Łodzi Śródmieścia w Łodzi rozpatrując odwołanie wnioskodawcy T. W. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. z dnia 7 października 2014 roku, z dnia 13 stycznia 2015r. i z dnia 21 stycznia 2015r. zmienił zaskarżoną decyzję z dnia 7 października 2014r. jedynie w ten sposób, że nie zobowiązał wnioskodawcy do zwrotu kwoty 5226,14 zł tytułem odsetek ustawowych, i oddalił odwołania w pozostałym zakresie.

Powyższe orzeczenie zapadło w oparciu o następujące ustalenia faktyczne.

Wnioskodawca od 2006r. prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której zgłosił się do ubezpieczeń społecznych w dniu 24 marca 2006 r., a następnie w dniu 10 października 2008 r.

Wnioskodawca był czasowo niezdolny do pracy w następujących okresach, za które pozwany wypłacił mu zasiłek chorobowy: od dnia 23 lutego 2009 r. do 6 marca 2009r., od 16 maja 2009 r. do 31 maja 2009 r., od 4 listopada 2009 r. do 15 grudnia 2009 r., od 30 grudnia 2009 r. do 12 stycznia 2010 r., od 17 lutego 2010 r. do 26 lutego 2010 r., od 12 kwietnia 2010 r. do 30 kwietnia 2010 r., od 15 maja 2010 r. do 31 maja 2010 r., od 16 sierpnia 2010 r. do 29 sierpnia 2010 r., od 22 listopada 2010 r. do 5 grudnia 2010 r., od 31 stycznia 2011 r. do 13 lutego 2011 r., od 25 maja 2011 r. do 10 czerwca 2011 r., od 9 lipca 2011 r. do 5 sierpnia 2011r., od 30 grudnia 2011r. do 25 stycznia 2012r. i od 24 kwietnia 2012r. do 21 maja 2012r.

Nadto w okresie od dnia od 1 października 2014r. do 28 października 2014r., od 11 listopada 2014r. do 24 listopada 2014r. i od 10 grudnia 2014r. do 31 grudnia 2014r. wnioskodawca był również czasowo niezdolny do pracy z powodu choroby.

Gdy wnioskodawca był niezdolny do pracy, to pomagał mu w prowadzeniu działalności gospodarczej jego brat B. W. (1), np. jeździł on po zakupy, czasami do klientów, aby wykonać jakieś drobne naprawy, zwłaszcza gdy klienci się niecierpliwi. Z klientami rozliczał się wnioskodawca. Kilka razy na przestrzeni kilku miesięcy wnioskodawca korzystał też z pomocy L. D.. W okresach niezdolności do pracy wnioskodawcy, usługi wykonywał także A. L.. Jednakże uzgadniał wszystko wówczas z wnioskodawcą.

W związku z prowadzoną działalnością gospodarczą wnioskodawca dokonuje zakupów średnio 2-3 razy w tygodniu. Gdy w imieniu wnioskodawcy przyjeżdża jego brat, to wnioskodawca dzwoni, aby potwierdzić zakup.

Wnioskodawca wystawiał faktury za usługi wykonywane w okresach jego niezdolności do pracy: w dniu 28 maja 2009r., 10 listopada 2009r. (5 usług), 12 kwietnia 2010r. (3 usługi), 23 kwietnia 2010r., 24 sierpnia 2010r., 24 listopada 2010r., 2 grudnia 2010r., 3 lutego 2011r., 5 lutego 2011r., 9 lutego 2011r., 11 lutego 2011r., 2 czerwca 2011r., 6 czerwca 2011r., 8 czerwca 2011r., 9 czerwca 2011r., 1 lipca 2011r., 6 lipca 2011r., 26 kwietnia 2012r., 30 kwietnia 2012r., 7 maja 2012r., 8 maja 2012r., 11 maja 2012r. (3 usługi), 14 maja 2012r.

Poza tym podpisał: w dniu 31 maja 2009r. umowę zlecenia na prace przygotowawcze do instalacji na okres od 1 czerwca 2009r. do 31 grudnia 2009r., w dniu 31 grudnia 2009r. umowę zlecenia na prace przygotowawcze do instalacji na okres od 1 stycznia 2010r. do 31 stycznia 2010r., w dniu 1 lutego 2011r. umowę zlecenia z B. W. (1) na ustawienie anteny, podłączenie dekodera, sprawdzenie okablowania, w dniu 29 listopada 2010r. umowę o pracę z M. W..

Wnioskodawca po terminie opłacił składki za następujące miesiące: lipiec 2009r. (wpłata dn.18.08.2009r., termin płatności 15.08.2009r.), listopad 2009r. (wpłata dn.16.12.2009r., termin płatności 15.12.2009r.), styczeń 2014r. (wpłata dn.17.02.2014r., termin płatności 15.02.2014r.), maj 2014r. (wpłata dn.16.06.2014r., termin płatności 15.06.2014r.), lipiec 2014r. (wpłata dn.18.08.2014r., termin płatności 15.08.2014r.), październik 2014r. (wpłata

dn.17.11.2014r., termin płatności 15.11.2014r.). Poza tym na koncie wnioskodawcy powstała niedopłata za następujące okresy: styczeń 2013r. (22,92 zł), październik 2013r. (137,55 zł).

Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie wyraził zgody na opłacenie po terminie składki za grudzień 2011r. z uwagi na to, że wnioskodawca w związku z odmową prawa do zasiłku chorobowego nie uregulował należnych składek na ubezpieczenie społeczne za dni niezdolności do pracy.

Ustalając stan faktyczny Sąd Rejonowy pominął kserokopie dokumentów złożone przez pełnomocnika wnioskodawcy w toku postępowania, gdyż jako niepoświadczone za zgodność z oryginałem nie mają waloru dokumentu, a tym samym nie stanowią środka dowodowego.

Sąd I instancji nadto nie dał wiary zeznaniom wnioskodawcy, jakoby w spornych okresach zwolnień lekarskich nie wykonywał osobiście czynności związanych z prowadzoną pozarolniczą działalnością gospodarczą. Zauważył, iż wnioskodawca sam przyznał, że w tych okresach zdarzało mu się podpisywać faktury, zawierać umowy o pracę i umowy zlecenia. Nie znalazły potwierdzenia zeznania wnioskodawcy, jakoby w okresie jego niezdolności do pracy usługi przejmował jego brat B. W. (2). Ten ostatni przesłuchany w charakterze świadka stwierdził, iż w okresie niezdolności do pracy wnioskodawcy czynności u klientów zastygały, a on wykonywał czasami tylko drobne naprawy. Twierdzenia świadka i wnioskodawcy są sprzeczne ze sobą, a nadto pozostają w sprzeczności z dokumentami, z których wynika, iż w okresach niezdolności do pracy wnioskodawcy usługi były wykonywane, niekiedy nawet przez okres 3 dni z rzędu. Taka częstotliwość nie świadczy ani o zamarcium wykonywania usług na rzecz klientów, ani o rzadkim ich wykonywaniu. Analizując faktury załączone do akt kontroli doraźnej stwierdzić należy, iż średnia ilość usług w miesiącu jest podobna, a do tego w okresach niezdolności do pracy wnioskodawcy nie wykazuje ona tendencji spadkowych. Wnioskodawca stosunkowo często korzystał ze zwolnień lekarskich na przestrzeni ostatnich kilku lat (średnio 5-6 razy w roku), a w okresach tych nie odnotowuje się zmniejszenia ilości wykonywanych usług.

Nawet, gdy okresowo za wnioskodawcę usługi wykonywał A. L., to i tak wszystko uzgadniał on z wnioskodawcą. Z kolei, gdy po zakupy jeździł B. W. (1), to wnioskodawca dzwonił do hurtowni, aby potwierdzić zakup. Czynności te zdaniem Sądu ewidentnie świadczą o stałym dozorowaniu pracowników czy osób wykonujących zlecenie. Są one zatem ściśle związane z prowadzeniem działalności gospodarczej i bynajmniej nie mają charakteru incydentalnego.

Ustalając stan faktyczny, Sąd Rejonowy pominął zeznania świadka D. Ł., jako nieprzydatne i nie wnoszące nic istotnego do sprawy. Świadek jedynie ogólnikowo przedstawił charakter usług wykonywanych na jego rzecz przez wnioskodawcę.

W oparciu o tak ustalony stan faktyczny Sąd Rejonowy uznał, iż odwołania nie mogą zostać uwzględnione.

Sąd podniósł, iż zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz.U. z 2014r. poz.159) zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego. Jednocześnie ustawa reguluje sytuacje, zaistnienie których skutkuje ustaniem prawa do świadczeń.

Pozwany w decyzji powołał się na przepis art.17 cytowanej ustawy, który stanowi iż ubezpieczony wykonujący w okresie orzeczonej niezdolności do pracy pracę zarobkową lub wykorzystujący zwolnienie lekarskie od pracy w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia traci prawo do zasiłku chorobowego za cały okres zwolnienia. Sąd I instancji podniósł, że przepis ten spełnia funkcję represyjną (ma na celu ograniczenie wypłacania świadczeń z ubezpieczenia społecznego) oraz zabezpieczającą prawidłowość przebiegu leczenia koniecznego dla odzyskania przez pracownika zdolności do pracy. Zawiera on dwie odrębne i samodzielne przesłanki, spełnienie jednej z nich jest wystarczające do pozbawienia prawa do zasiłku chorobowego. Jest to wykonywanie w okresie zwolnienia od pracy innej pracy zarobkowej lub wykorzystywanie zwolnienia lekarskiego od pracy w sposób niezgodny z jego celem.

Jak zostało ustalone w toku niniejszego postępowania, wnioskodawca będąc czasowo niezdolnym do pracy z powodu choroby wystawiał faktury, zawierał umowy oraz dozorował pracowników i zleceniobiorców, a nadto zajmował

się finansami (rozliczeniami z klientami). Tym samym wykonywał czynności związane z prowadzoną działalnością gospodarczą, które zmierzały do osiągnięcia zysku (niewątpliwie zmierza do tego dopilnowanie pracowników, aby prawidłowo wykonywali pracę, czy też potwierdzanie telefoniczne zakupów, po które jeździł brat wnioskodawcy). O ile sporadyczne podpisywanie dokumentów dotyczących pozarolniczej działalności gospodarczej może nie skutkować utratą prawa do zasiłku chorobowego w sytuacji, gdy ta działalność prowadzona jest jednoosobowo, o tyle w sytuacji, gdy czynności te wykraczają poza charakter incydentalny, nie mogą być aprobowane, gdyż takie działanie jest sprzeczne z celem zwolnienia lekarskiego. Tym samym, w takich konkretnych okolicznościach faktycznych, podpisywanie dokumentów, a już tym bardziej dopilnowywanie pracowników, nie znajduje żadnego usprawiedliwienia. Z tego też względu Sąd uznał, iż prawidłowo pozwany pozbawił wnioskodawcę prawa do zasiłków chorobowych w decyzji z dnia 7 października 2014r.

W przedmiocie żądania odsetek od nienależnie pobranego zasiłku chorobowego, Sąd Rejonowy podniósł, iż w wyroku z dnia 21 marca 2013 r., sygn. akt III AUa 1311/12 Sąd Apelacyjny w Krakowie wskazał, że odesłanie w przepisach ubezpieczeniowych w zakresie żądania zwrotu odsetek do "prawa cywilnego" dotyczy wyłącznie zasad zapłaty i wysokości odsetek, a nie zasad zwrotu nienależnego świadczenia. Nie ma żadnych podstaw do stosowania przepisów prawa cywilnego (o bezpodstawnym wzbogaceniu lub czynie niedozwolonym) do oceny wymagalności, czy przedawnienia samego nienależnie pobranego świadczenia. Zasady określające zwrot takiego świadczenia ze względu na upływ czasu (dawność, w tym znaczeniu potocznie przedawnienie) wskazane są w art. 138 ust. 4 i 5 ustawy o emeryturach i rentach z funduszu ubezpieczeń społecznych (zasadniczo za okres nie dłuższy niż 3 lata od "żądania zwrotu", czyli wydania decyzji w tym przedmiocie). "Żądanie zwrotu" nienależnie pobranego świadczenia następuje przez doręczenie dotyczącej tego decyzji (można powiedzieć, że staje się wymagalne w tym momencie, a nie w czasie spełniania świadczeń). Z tą chwilą następuje też wymagalność (w prawnym znaczeniu według prawa cywilnego - art. 359 § 2 kc) roszczenia o odsetki, gdyż od tej chwili dłużnik pozostaje w opóźnieniu ze spełnieniem świadczenia głównego (art. 481 § 1 kc). Z tą też chwilą rozpoczyna się bieg przedawnienia roszczenia o zapłatę odsetek (art. 120 § 1 kc).

Wobec powyższego w ocenie Sądu I instancji brak było podstaw do żądania od wnioskodawcy zwrotu odsetek od nienależnie pobranego zasiłku chorobowego za okres, który został określony w zaskarżonej decyzji, dlatego na podstawie art. 477<sup>14</sup> § 2 k.p.c. Sąd zmienił zaskarżoną decyzję w tym zakresie.

Sąd doszedł do przekonania, iż nie znajduje również uzasadnienia podniesiony przez pełnomocnika zarzut przedawnienia. Pozwany prawidłowo w decyzji wskazał okres przedawnienia, podając jako datę graniczną 21 maja 2009r., gdyż ostatni dzień, za jaki pozwany wypłacił wnioskodawcy zasiłek chorobowy, to był 21 maja 2012r.

Stosownie do treści art. 84 ust.3 oraz 7 ustawy systemowej nie można żądać zwrotu kwot nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych za okres dłuższy niż ostatnie 12 miesięcy, jeżeli osoba pobierająca świadczenia zawiadomiła organ wypłacający świadczenia o zajściu okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty, a mimo to świadczenia były nadal wypłacane, a w pozostałych przypadkach - za okres dłuższy niż ostatnie 3 lata. Należności z tytułu nienależnie pobranych świadczeń ulegają przedawnieniu po upływie 10 lat, licząc od dnia uprawomocnienia się decyzji ustalającej te należności. (...)

W uchwale Sądu Najwyższego podjętej w składzie 7 sędziów w dnia 16 maja 2012 r. w sprawie III UZP 1/12 (OSNP 2012/23-24/290) wskazano, że trzyletni okres, za który organ rentowy może żądać zwrotu nienależnie pobranych świadczeń na podstawie art. 138 ust. 4 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (jednolity tekst: Dz. U. z 2009 r. Nr 153, poz. 1227 ze zm.), obejmuje okres do ostatniej wypłaty (pobrania) nienależnego świadczenia.

Sąd Najwyższy na gruncie wskazanego orzeczenia uznał, że zarówno wykładnia językowa, jak i wykładnia funkcjonalno-systemowa, odwołująca się do ratio legis przepisów niemal tożsamo regulujących obowiązek zwrotu nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych (art. 84 ustawy systemowej oraz art. 138 ustawy o emeryturach i rentach), wymagają przyjęcia, że przepisy te nie regulują terminu przedawnienia wymierzonego decyzją

organu rentowego obowiązku zwrotu nienależnie pobranych świadczeń, ani - de lege lata - nie uzależniają wielkości żądanego zwrotu od daty wydania decyzji zobowiązującej do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń, w kwotach ustalonych w tej decyzji, ale wyznaczają maksymalne wielkości (kwoty) nienależnie pobranych świadczeń, których zwrotu domaga się organ rentowy od osoby, która pobrała nienależne świadczenia z ubezpieczenia społecznego.

Sąd Rejonowy w pełni podzielił powyższy pogląd Sądu Najwyższego wyrażony w powołanej uchwale z dnia 16 maja 2012 r. oraz jej uzasadnieniu. Z tych też względów stwierdził, iż prawidłowo pozwany ustalił okres przedawnienia dochodzonego roszczenia.

Jeśli chodzi o prawo do zasiłku chorobowego za dalsze okresy, tj. objęte zaskarżonymi decyzjami z dnia 13 stycznia 2015 roku i 21 stycznia 2015r., to Sąd stwierdził, iż decyzje te prawidłowo pozbawiają wnioskodawcy prawa do zasiłku chorobowego. Przede wszystkim bowiem ubezpieczenie wnioskodawcy ustało w lipcu 2009r., kiedy to opłacił składkę na to ubezpieczenie po terminie.

Osoby prowadzące działalność gospodarczą podlegają ubezpieczeniu chorobowemu dobrowolnie (art.11 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych – Dz.U. nr 137 poz.887 ze zmianami). Zgodnie z dyspozycją art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 roku objęcie dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym, rentowym i chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony.

Art. 12 ust.1 ustawy systemowej stanowi, iż obowiązkowo ubezpieczeniu wypadkowemu podlegają, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3, osoby podlegające ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym. Obowiązkowo zaś ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym podlegają osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą (art. 6 ust.1 pkt 5 ustawy systemowej).

Zgodnie z dyspozycją art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych ( Dz. U. nr 137 poz. 887 z póź. zm.) , ubezpieczenie (...) chorobowe ustaje od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie, w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, z zastrzeżeniem ust. 2a.

Ponieważ, jak wynika z raportu znajdującego się w aktach ZUS, składka za lipiec 2009r. została opłacona po terminie, to od dnia 1 lipca 2009r. wnioskodawca nie podlega ubezpieczeniu chorobowemu. W ocenie Sądu nie była to przy tym sytuacja incydentalna, także w późniejszym okresie zdarzało się wnioskodawcy opłacić składkę po terminie lub w zaniżonej wysokości. Niezależnie od powyższego, sam fakt stwierdzenia, że wnioskodawcy nie przysługuje prawo do zasiłków chorobowych w okresach wymienionych w pierwszej z zaskarżonych decyzji, spowodował, iż za te okresy na koncie wnioskodawcy powstała niedopłata składek, co także (gdyby hipotetycznie założyć, po czemu de facto nie ma podstaw, że wnioskodawca był nadal ubezpieczony) spowodowało ustanie ubezpieczenia wnioskodawcy.

Sąd Rejonowy podkreślił, iż samo opłacanie składek – bez złożenia stosownego wniosku o objęcie ubezpieczeniem społecznym – nie powoduje dorozumianej kontynuacji tegoż ubezpieczenia. Jak wynika z cytowanych wyżej przepisów konieczne jest złożenie wniosku, gdyż ma to znaczenie dla ustalenia daty początkowej objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Wnioskodawca takiego wniosku w spornym okresie nie złożył. Ostatni wniosek pochodzi z 2008r.

Przy czym po złożeniu przez ubezpieczonego wniosku o przywrócenie terminu do opłacenia składki za grudzień 2011r., pozwany odmówił uwzględnienia wniosku. Odmowa uwzględnienia wniosku podlega kontroli sądowej. Analizując przyczyny owej odmowy Sąd uznał je za uzasadnione. Zważywszy na fakt, iż to nie był odosobniony przypadek uiszczenia składki po terminie, Sąd nie znalazł usprawiedliwionych podstaw do przywrócenia wnioskodawcy terminu.

Apelację od powyższego orzeczenia w zakresie oddalającym odwołanie (tj. co do pkt. 2) wniósł pełnomocnik wnioskodawcy.

Zaskarżonemu wyrokowi zarzucił naruszenie przepisów prawa materialnego tj.:

1) art. 12 § 5 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku - Ordynacja Podatkowa w zw. z art. 31 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (dalej: ustawy o s.u.s.) poprzez jego niezastosowanie i błędne przyjęcie, iż ubezpieczony opłacił po terminie składki za miesiące:

- styczeń 2014 r. (wpłata dn.17.02.2014r., termin płatności 15.02.2014r.);
- maj 2014 r. (wpłata dn.16.06.2014r., termin płatności 15.06.2014r.);
- lipiec 2014r. (wpłata dn.18.08.2014r., termin płatności 15.08.2014r.);
- październik 2014r. (wpłata dn.17.11.2014r., termin płatności 15.11.2014r.);

co w konsekwencji skutkowało przyjęciem, iż Sąd nie znalazł usprawiedliwionych podstaw do przywrócenia wnioskodawcy terminu do opłacenia składki za grudzień 2011, bowiem zdaniem Sądu uiszczenie składki po terminie nie było odosobnionym przypadkiem;

2) art. 84 ust. 3 ustawy o s.u.s. poprzez jego błędną wykładnię i przyjęcie, iż trzyletni okres, za który organ rentowy może żądać zwrotu nienależnie pobranych świadczeń obejmuje okres do ostatniej wypłaty nienależnego świadczenia, w sytuacji gdy trzyletni termin żądania zwrotu nienależnie pobranych świadczeń należy liczyć od dnia wydania decyzji zobowiązującej do ich zwrotu;

Z uwagi na powyższe skarżący wniósł o uwzględnienie wniosku ubezpieczonego w przedmiocie przywrócenia terminu do opłacenia zaległych składek po terminie; zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie odwołań T. W.; zasądzenie kosztów procesu za obie instancje, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

Z kolei pismem stanowiącym uzupełnienie apelacji, złożonym na rozprawie apelacyjnej w dniu 2 lutego 2016 r., pełnomocnik powoda zaskarżonemu wyrokowi zarzucił ponadto:

1. naruszenie przepisów prawa materialnego tj.:

a) art. 14 ust 2 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (dalej: ustawy o s.u.s.) poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i uznanie, iż skarżący nie podlega ubezpieczeniu chorobowemu w okresach od 1 października 2014 r. do 28 października 2014 r. i od 11 listopada 2014r. do 24 listopada 2014 r. oraz od 10 grudnia 2014 r. do 31 grudnia 2014 r. z uwagi na to, iż za grudzień 2011r. nie została opłacona składka na ubezpieczenie społeczne w prawidłowej wysokości, w sytuacji gdy skarżący nie zalega w opłacaniu składek;

b) art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa polegające na jego niewłaściwym zastosowaniu i uznaniu, że skarżący w okresie zwolnienia lekarskiego wykonywał pracę zarobkową, w sytuacji gdy czynności formalnoprawne podejmowane w okresie niezdolności od pracy przez osobę prowadzącą działalność gospodarczą w związku z posiadaniem przez nią statusem pracodawcy nie są pracą zarobkową powodującą utratę prawa do zasiłku chorobowego;

c) art. 4 ust 1 pkt 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, poprzez jego błędną wykładnię i uznanie, iż opłacenie składki za lipiec 2009 roku po terminie będzie skutkowało tym, że skarżący nie podlega ubezpieczeniu chorobowemu w okresach od 1 października 2014 r. do 28 października 2014 r. i od 11 listopada 2014r. do 24 listopada 2014 r. oraz od 10 grudnia 2014 r. do 31 grudnia 2014 r., w sytuacji gdy ubezpieczony nabywa prawo do zasiłku chorobowego po upływie okresu wyczekiwania tj. 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego;

ponadto z ostrożności procesowej, skarżący podniósł naruszenie przepisów prawa materialnego, tj:

d) art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i uznanie, że „cały okres zwolnienia” odnosi się do wszystkich okresów objętych decyzją ZUS w sytuacji, gdy określenie „cały okres zwolnienia” odnosi się jedynie do całego okresu zwolnienia w znaczeniu jednostkowym, tj. okresu, jaki obejmowało konkretne zwolnienie lekarskie;

2. naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na wynik sprawy tj.:

- art. 233 § 1 kpc poprzez wyprowadzenie z materiału dowodowego wniosków z niego nie wynikających tj. błędne ustalenie, iż na koncie wnioskodawcy powstała niedopłata składek za grudzień 2011 roku, styczeń 2013 roku oraz październik 2013 roku, co doprowadziło do uznania, iż skarżący nie podlega ubezpieczeniu chorobowemu, w sytuacji gdy z pisma procesowego organu rentowego z dnia 3 sierpnia 2015 roku, jak również z raportu rozliczeń należności płatnika (...) załączonego do akt sprawy i zaświadczenia z dnia 22 stycznia 2016 roku wynika, iż T. W. nie zalega w opłacaniu składek;
- art. 233 § 1 kpc poprzez dokonanie błędnej oceny materiału dowodowego i uznanie, iż skarżący w okresie zwolnień lekarskich wykonywał pracę zarobkową, w sytuacji gdy czynności wykonywane przez skarżącego w ramach jednoosobowej działalności gospodarczej były jedynie czynnościami formalnoprawnymi, do jakich jest zobowiązany jako pracodawca.

Ponadto, skarżący wniósł o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z zaświadczenia o niezaleganiu w opłacaniu składek z dnia 22 stycznia 2016 roku wydanego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł., na okoliczność braku zaległości w opłacaniu składek przez wnioskodawcę na dzień 22 stycznia 2016 r. wskazując, iż powołanie wskazanego dowodu wcześniej nie było możliwe, gdyż zaświadczenie zostało wydane już po wydaniu wyroku Sądu I instancji.

Pełnomocnik organu rentowego wniósł o oddalenie apelacji.

Mając na uwadze zarzuty podniesione przez skarżącego i uznając potrzebę uzupełnienia materiału dowodowego Sąd Okręgowy postanowieniem z dnia 2 lutego 2016 r., wydanym na rozprawie, zobowiązał pełnomocnika organu rentowego do złożenia w terminie 10 dni pism procesowych ze wskazaniem poszczególnych okresów niezdolności do pracy za okres od maja 2009 r. do maja 2012 r., jak też do wskazania w jakich terminach były wypłacane zasiłki chorobowe za poszczególne okresy, w szczególności kiedy został wypłacony ostatni zasiłek za okresy zwolnień od 22 maja 2009 r. do 21 maja 2012 r.

W wykonaniu wskazanego zobowiązania Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. przekazał zestawienie zaświadczeń lekarskich za okres od maja 2009 do maja 2012 r. w rozbiciu na poszczególne zaświadczenia lekarskie wraz z podaną datą wypłaty zasiłku chorobowego za okres objęty konkretnym zwolnieniem lekarskim.

Jednocześnie odnosząc się do wniosku dowodowego strony powodowej wskazał, iż wydane zaświadczenie z dnia 22 stycznia 2016 r., wskazuje na brak zaległości z tytułu opłacania składek, bowiem toczące się postępowanie sądowe i brak ostatecznych rozstrzygnięć uniemożliwia wezwanie do skorygowania dokumentów, a zatem zaświadczenie wystawia się w oparciu o dokumenty zaksięgowane na danym koncie. W przypadku prawomocnego oddalenia odwołań wnioskodawcy zostanie on wezwany do złożenia dokumentów korygujących, bądź korekty zostaną dokonane z urzędu i wówczas konto płatnika wykaże wysokość zaległości istniejących na koncie.

Na rozprawie apelacyjnej w dniu 15 marca 2016 r. poprzedzającej wydanie wyroku strony podtrzymały swoje stanowiska procesowe.

**Sąd Okręgowy w Łodzi zważył, co następuje:**

Apelacja zasługuje na uwzględnienie, w tym znaczeniu, iż prowadzi do uchylecia zaskarżonego orzeczenia.

W ocenie Sądu Okręgowego, z uwagi na brak rozpoznania istoty przedmiotowego sporu, zaskarżone rozstrzygnięcie nie poddaje się kontroli instancyjnej.

Zgodnie z treścią art.17 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 25 czerwca 1999 roku (tekst jednolity Dz.U. z 2010 roku nr 77, poz. 512 ze zm.) - ubezpieczony wykonujący w okresie orzeczonej niezdolności do pracy pracę zarobkową lub wykorzystujący zwolnienie od pracy w sposób niezgodny z celem zwolnienia traci prawo do zasiłku chorobowego za cały okres tego zwolnienia.

Powołany przepis zawiera bezsprzecznie dwie przesłanki, które powodują utratę prawa do zasiłku chorobowego. Pierwsza przesłanka to wykonywanie pracy zarobkowej (w okresie orzeczonej niezdolności do pracy). Druga to wykorzystywanie zwolnienia lekarskiego w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia.

Pracą w rozumieniu omawianego przepisu jest praca w potocznym tego słowa znaczeniu, w tym także wykonywanie różnych czynności na podstawie różnych stosunków prawnych - stosunku pracy, stosunków o charakterze cywilnoprawnym, a także prowadzenie własnej działalności gospodarczej, samozatrudnienie. Za pracę zarobkową uważa się wszelką aktywność ludzką, która zmierza do uzyskania zarobku, nawet gdyby miała ona polegać na czynnościach nieobciążających organizmu ubezpieczonego w istotny sposób. Przy czym przy określeniu "zarobkowego" charakteru pracy wskazuje się także, że przepisy nie wymagają, aby praca była podjęta "w celu zarobkowym". Zdaniem Sądu Okręgowego, wystarczy zatem podjęcie jakiegokolwiek czynnej działalności, zmierzającej do uzyskania wynagrodzenia lub dochodu, by mówić o pracy zarobkowej rodzącej skutek w postaci utraty prawa do zasiłku chorobowego przez ubezpieczonego, który korzystając ze zwolnienia lekarskiego pracą taką podejmuje. Tym samym wykonywanie pracy zarobkowej, niezależnie od jej wpływu na stan zdrowia ubezpieczonego, stanowi samodzielną negatywną przesłankę (podstawę) utraty prawa do zasiłku chorobowego (por. wyrok SN z 2008-10-03 II UK 26/o8 opubl: Legalis).

Dokonując wykładni cytowanego przepisu uwzględnić należy także funkcje zasiłku chorobowego. Podkreślenia wymaga, iż zasadniczym celem zasiłku chorobowego jest kompensata utraconego przez ubezpieczonego dochodu, wskutek wystąpienia u niego czasowej, przejściowej niezdolności do zarobkowania. Nie jest nim natomiast uzyskanie, dodatkowej korzyści obok wynagrodzenia, dlatego zasiłek chorobowy wypłacany jest nie obok, ale zamiast wynagrodzenia. Wskazać należy również na charakter prawa ubezpieczenia społecznego, zgodnie z którym wysokość tychże świadczeń i zasady ich wypłaty są sformalizowane. Wobec tego trzeba mieć na uwadze bezwzględnie obowiązujący charakter norm prawnych zawartych w przepisach prawa ubezpieczenia społecznego oraz wyłączenie możliwości ich wykładania z uwzględnieniem reguł słuszności (zasad współżycia społecznego).

Sąd II instancji stoi na stanowisku, iż art. 17 ustawy nie przewiduje szczególnych przypadków zezwalających na wypłatę zasiłków chorobowych, mimo świadczenia pracy zarobkowej w okresie zwolnienia lekarskiego. Przepis ten – co dostrzegł Sąd I instancji - jest jednoznaczny, a zatem każda praca zarobkowa wykonywana w okresie zwolnienia lekarskiego powoduje utratę prawa do zasiłku chorobowego, chociażby wykonywanie pracy było zalecane i przyczyniło się do poprawy stanu zdrowia. W okresie korzystania ze zwolnienia lekarskiego pracownik może wykonywać pewne prace niepowodujące utraty prawa do zasiłku chorobowego, pod warunkiem że prace te nie mają charakteru zarobkowego. Ustawodawca wprowadzając w art. 17 ust. 1 ustawy zakaz podejmowania przez pracownika w okresie pobierania zasiłku chorobowego "innej pracy zarobkowej" przyjął tym samym założenie, że już samo wykonywanie takiej pracy sprzeciwia się celom, dla którego zasiłek został przyznany. (por. także wyrok SN z dnia 31 maja 1985 r., II URN 75/85, OSNC 1986, nr 3, poz. 32; w wyrok SN z dnia 12 sierpnia 1998 r., II UKN 172/98, OSNP 1999, nr 16, poz. 522, Pr. Pracy 1999, nr 1, s. 35, M. Prawn. 1999, nr 10, s. 41; w wyroku SA w Lublinie z dnia 15 października 1998 r., III AUa 287/98, Apel.-Lub. 1999, nr 1, poz. 2.).

Zgodnie z art. 66 ust. 2 i 3 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.), 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.

Zgodnie z art. 84 ust. 1, 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr 137, poz. 887) 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 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.

Przy czym w myśl art. 84 ust. 3 ustawy systemowej nie można żądać zwrotu kwot nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych za okres dłuższy niż ostatnie 12 miesięcy, jeżeli osoba pobierająca świadczenia zawiadomiła organ wypłacający świadczenia o zajściu okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty, a mimo to świadczenia były nadal wypłacane, a w pozostałych przypadkach - za okres dłuższy niż ostatnie 3 lata.

Tym samym przepis art. 84 ust. 3 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585 ze zm.) ustanawia granice dochodzenia nienależnie wypłaconych kwot do wysokości świadczeń pobranych w okresie 12 lub 36 miesięcy; nie wprowadza natomiast terminu przedawnienia dochodzenia nienależnego świadczenia. Przepis ten nie odnosi się do decyzji organu, lecz oznacza, że za podstawę obliczenia roszczenia wynikającego z nienależnie pobranych kwot należy wziąć ostatnie ze świadczeń wypłaconych bez podstawy prawnej (wyrok SN z dnia 6 stycznia 2009 r., II UK 124/08, OSNP 2010/13-14/169). Zwrot nienależnie pobranego świadczenia powinien odpowiadać wysokości kwoty, o którą bezpodstawnie został uszczuplony Fundusz Ubezpieczeń Społecznych. Ustawodawca ograniczył te kwoty i przez to uznał, iż nadmierne obciążanie osoby pobierającej świadczenie nienależne jest niedopuszczalne i stanowiłoby jej pokrzywdzenie w sensie pozaprawnym. Stąd przepis stawia bariery dla dochodzenia nienależnie wypłaconych kwot do 12 miesięcznego lub 36 miesięcznego okresu pobierania świadczenia. Przepis art. 84 ust. 3 ustawy systemowej nie wprowadza natomiast terminu przedawnienia dochodzenia nienależnego świadczenia.

Omawiany przepis operuje pojęciem "ostatnich 3 lat/ ostatnich 12 miesięcy"/ i bliżej terminu tego nie precyzuje, w szczególności nie odnosi go do decyzji organu. Sformułowanie "ostatnie ... lata" oznacza w tej sytuacji, że za podstawę obliczania roszczenia wynikającego z nienależnie pobranych kwot należy wziąć ostatnie ze świadczeń wypłaconych bez podstawy prawnej. W rezultacie, norma prawna art. 84 ust. 3 ustawy systemowej może, w zależności od stanu faktycznego danej sprawy, powodować wyłączenie spod obowiązku zwrotu części świadczeń, to jest świadczeń "pobranych dawniej niż 3 lata (lub 12 miesięcy) przed wstrzymaniem wypłaty". Przedstawiona wykładnia przepisu pozwala na realizację założonego przez ustawodawcę celu unormowania, jakim jest zmniejszenie dolegliwości orzeczenia o zwrocie pobranych kwot, będącego następstwem wieloletniego pobierania nienależnego świadczenia.

W ocenie Sądu Okręgowego prawidłowa wykładnia art. 84 ust. 3 ustawy systemowej pozwala na przyjęcie, że organ rentowy wydając decyzję w przedmiocie zwrotu nienależnie pobranego świadczenia, powinien ograniczyć zakres tego rozstrzygnięcia do kwot wypłaconych ad casum za ostatnie 3 lata okresu pobierania świadczenia. Przepis ten natomiast nie konstytuuje przedawnienia orzekania w tych sprawach.

W myśl art. 233 kpc sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Oznacza to, że wszystkie ustalone w toku postępowania fakty



powinny być brane pod uwagę przy ocenie dowodów, a tok rozumowania sądu powinien znaleźć odzwierciedlenie w pisemnych motywach wyroku. Przepis ten daje wyraz obowiązywaniu zasady swobodnej oceny dowodów. Swobodna ocena dowodów odnosi się do wyboru określonych środków dowodowych i do sposobu ich przeprowadzenia. Mają być one ocenione konkretnie i w związku z całym zebraniem materiałem dowodowym. Ramy swobodnej oceny dowodów wyznaczone są wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego oraz regułami logicznego myślenia, według których sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i wając ich moc oraz wiarygodność, odnosi je do pozostałego materiału dowodowego (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 czerwca 1999 roku, sygn. akt: II UKN 685/98, OSNAPUis 2000 nr 17, poz. 655).

Sąd może oprzeć swe przekonanie jedynie na dowodach prawidłowo przeprowadzonych, a ocena dowodów musi być dokonana na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału dowodowego. Sąd musi ocenić wszystkie przeprowadzone dowody oraz uwzględnić wszelkie towarzyszące im okoliczności, które mogą mieć znaczenie dla oceny mocy i wiarygodności tych dowodów. Sąd zobowiązany jest przeprowadzić selekcję dowodów, wybierając te, na których się oparł i ewentualnie odrzucić inne, którym odmówił wiarygodności i mocy dowodowej. Przez moc dowodową rozumie się przy tym siłę przekonania, jaką uzyskał sąd wskutek przeprowadzenia określonych dowodów o istnieniu lub nieistnieniu faktu, którego one dotyczyły. Ocena wiarygodności dowodu zależy od środka dowodowego. Sąd, oceniając wiarygodność decyduje o tym, czy określony środek dowodowy, ze względu na jego indywidualne cechy i obiektywne okoliczności, zasługuje na wiarę, czy też nie. Uważa się także, iż granice swobodnej oceny dowodów warunkuje czynnik ideologiczny, tj. poziom świadomości prawnej sędziego oraz obowiązujące w danym momencie poglądy na sądowe stosowanie prawa. (por. T. Ereciński. Jacek Gudowski. Maria Jędrzejewska - "Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz", Część I, Wyd. LexisNexis).

W ocenie Sądu Okręgowego dokonana przez Sąd Rejonowy ocena zgromadzonego w postępowaniu materiału dowodowego nie jest prawidłowa w tym znaczeniu, iż w oparciu o materiał sprawy niemożliwym jest stwierdzenie, czy w każdym z okresów zwolnień lekarskich wnioskodawca działalność zarobkową podejmował, a co za tym idzie czy zasadnym jest pozbawienie go prawa do zasiłku chorobowego za cały sporny okres. Zarzuty skarżącego podniesione w tym zakresie obnażają fragmentaryczną i wybiórczą ocenę materii sprawy. Taka zaś nie może dać pełnego obrazu zaistniałych zdarzeń i zgodnie z dyrektywą art. 233 § 1 kpc nie może się ostać, a tym bardziej posłużyć do ostatecznej merytorycznej weryfikacji zaskarżonych decyzji wydanych przez ZUS.

W szczególności co słusznie podnosi apelujący, na gruncie rozpatrywanego przypadku nie sposób przyjąć, iż wiarygodnie zostało wykazane, że wnioskodawca w każdym z poszczególnych okresów zwolnień lekarskich przypadających za lata, za które organ rentowy żąda zwrotu zasiłku chorobowego, działalność gospodarczą de facto wykonywał. Sąd Rejonowy tej kwestii nie zbadał, niemożliwą jest więc weryfikacja poprawności orzeczenia w tym zakresie. Co prawda Sąd Rejonowy podnosił, iż w poszczególne dni wnioskodawca wystawiał faktury za wykonane usługi, podpisywał umowy zlecenia oraz zawarł umowę o pracę, nadto kontrolował czynności podejmowane przez osoby pomagające mu przy prowadzeniu działalności gospodarczej, w okresie orzeczonej niezdolności do pracy, jednakże powyższe ma się to nijak do poszczególnych okresów zwolnień lekarskich. W oparciu o akta sprawy i poczynione w ten sposób ustalenia nie sposób przyjąć, iż w konkretnych okresach zwolnienia wnioskodawca podjął takie a nie inne działania, świadczące o wykonywaniu przez niego działalności zarobkowej. Sąd dokonał w tym zakresie oceny całościowej, zbiorczej, dotyczącej co do zasady – gremialnie całego spornego okresu. Odniesienie się zaś do wskazanych wyrywkowo wybranych czynności sprawia, iż w spornym okresie niezdolności do pracy są okresy zwolnień lekarskich, z którymi tych zdarzeń wiązać nie można. Do tych okresów należą okresy niezdolności do pracy od 23 lutego do 6 marca 2009 roku, od 17 lutego do 26 lutego 2010 roku, od 15 maja do 31 maja 2010 roku, od 9 lipca do 5 sierpnia 2011 roku czy od 30 grudnia 2011 roku do 25 stycznia 2012 roku. We wskazanych okresach niewątpliwie wnioskodawca nie podpisywał ani faktur, ani żadnych umów. Z ustaleń Sądu nie sposób również wywieść jakichkolwiek innych czynności, jakie miałby podejmować wnioskodawca w tych okresach. Sąd Rejonowy nie wskazał i nie dokonał w tym zakresie ustaleń, jakie czynności skarżący w tym czasie podejmował i dlatego należy je uznać, za pracę zarobkową pozbawiającą skarżącego prawa do zasiłku chorobowego. Ustawodawca

zaś nie przewiduje możliwości generalizowania, co do wszystkich podważanych okresów zasiłkowych. Wobec tego nadal niejasnym jest czy w każdym z konkretnych okresów zwolnienia, w całym okresie spornym, działalność ta była wykonywana.

W ocenie Sądu Okręgowego powyższe ma istotne znaczenie nie tylko dla oceny poprawności decyzji z dnia 7 października 2014 r., ale wpływa również na legalność pozostałych zaskarżonych decyzji z dnia 13 stycznia 2015r. i z dnia 21 stycznia 2015r.

Przesądzenie kwestii czy w grudniu 2011 r. wnioskodawca wykorzystywał zwolnienie lekarskie niezgodnie z przeznaczeniem -co objęte jest przedmiotem decyzji z dnia 7 października 2014 r. - determinuje bowiem wnioski w zakresie opłacenia przez niego składki na ubezpieczenia społeczne w prawidłowej wysokości właśnie za grudzień 2011 r. tj. ma znaczenie dla oceny poprawności decyzji z dnia 13 stycznia 2015r. i z dnia 21 stycznia 2015r. Należy podkreślić, że organ rentowy w swoich decyzjach wskazał jasno, że jedyną przyczyną pozbawienia wnioskodawcy prawa do zasiłku chorobowego we wskazanych decyzjach, był fakt uznania przez ZUS, że składka za miesiąc grudzień 2011 roku została opłacona w zaniżonej wysokości. Takie stanowisko zajmował organ rentowy również w toku procesu. Oznacza to, że skarżący nie będzie podlegał ubezpieczeniu chorobowemu w okresach od 1 października 2014 r. do 28 października 2014 r. i od 11 listopada 2014r. do 24 listopada 2014 r. oraz od 10 grudnia 2014 r. do 31 grudnia 2014 r. wtedy, gdy przesądzonym zostanie, iż za grudzień 2011r. nie została opłacona składka na ubezpieczenie społeczne w prawidłowej wysokości. Sąd Rejonowy zaś nie uzasadnił i nie dokonał ustaleń w przedmiocie świadczenia pracy zarobkowej w okresie zwolnienia lekarskiego od 30 grudnia 2011 roku do 25 stycznia 2012 roku, która dawałaby podstawy do pozbawienia wnioskodawcy prawa do zasiłku chorobowego za okres tego zwolnienia lekarskiego.

Ewentualna ocena o uchybieniach w tym zakresie sprawia zaś, iż niezbędnym staje się rozważenie zasadności wniosku powoda w przedmiocie przywrócenia terminu do opłacenia tej składki. Zdaniem Sądu II instancji i w tej materii analiza materiału sprawy dokonana przez Sąd Rejonowy nie jest wystarczająca dla weryfikacji wydanego w sprawie rozstrzygnięcia.

W myśl art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. nr 137 poz. 887 z póź. zm.), ubezpieczenie (...) chorobowe ustaje od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie, w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, z zastrzeżeniem ust. 2a.

Zgodnie art. 12 § 5 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku - Ordynacja Podatkowa w zw. z art. 31 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych, jeżeli ostatni dzień terminu przypada na sobotę lub dzień ustawowo wolny od pracy, za ostatni dzień terminu, w tym wypadku do opłacenia składki uważa się następny dzień po dniu lub dniach wolnych od pracy.

Na gruncie rozpoznawanej sprawy Sąd Rejonowy stwierdzając wielokrotne przekroczenie terminu do uiszczenia składek na ubezpieczenia społeczne – na co słusznie wskazuje skarżący – nie zweryfikował faktu, iż w większości powoływanych przez Sąd wypadków, opłacenie składek po 15 dniu danego miesiąca następowało z uwagi na kalendarzowo przypadające na ten okres dni wolne od pracy. W tym stanie rzeczy, bez odniesienia się do powyższych okoliczności, kategoryczne stwierdzenie, iż wnioskodawca wielokrotnie bądź nie, przekraczał termin do opłacenia składek, co warunkuje również ewentualnie uwzględnienie wniosku powoda o przywrócenie terminu do wniesienia składki na ubezpieczenie za grudzień 2011 r., nie jest możliwe.

Ponadto co znamienne ocena nieterminowości opłacania składek jako, iż skutkuje „wypadnięciem” z ubezpieczeń społecznych podobnie jak uznanie, że wnioskodawcy nie przysługuje prawo do zasiłków chorobowych za sporne okresy powodujące niedopłatę składek, jest kluczowa dla stwierdzenia ewentualnego ustania ubezpieczenia wnioskodawcy. Z tych też względów nie może być pomijana czy bagatelizowana przy badaniu meritum niniejszego sporu.

Zdaniem Sądu Okręgowego na gruncie rozpoznawanej sprawy, niejasną pozostaje także nadal ocena okresu, za jaki organ rentowy ma względnie prawo żądać zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego. Co już podniesiono

Sąd Okręgowy zgadza się ze stanowiskiem Sądu Rejonowego, wspartego uchwałą Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2012 r. w sprawie III UZP 1/12 (OSNP 2012/23-24/290) zgodnie, z którym trzyletni okres, za który organ rentowy może żądać zwrotu nienależnie pobranych świadczeń, obejmuje okres do ostatniej wypłaty (pobrania) nienależnego świadczenia. Niemniej jednak materiał zgromadzony w sprawie wskazuje, iż Sąd I instancji daty wypłaty spornego zasiłku nie ustalił. Sąd Rejonowy przyjął za organem rentowym w tym zakresie datę 21 maja 2012 r., jednakże ta stanowi datę końcową ostatniego ze zwolnień lekarskich, za który ZUS domaga się zwrotu nienależnych świadczeń, a nie datę wypłaty zasiłku chorobowego. Sąd Okręgowy uzupełniając postępowanie zobowiązał organ rentowy do przedstawienia daty wypłaty zasiłku chorobowego przysługującego za okres do 21 maja 2012 roku i data wypłaty wynikająca z pisma ZUS ( 29 czerwiec 2012 roku), w żaden sposób nie odpowiada dacie przyjętej przez organ rentowy i Sąd Rejonowy. Nadto nie zostało ustalone czy wypłata za okres zwolnienia lekarskiego do 21 maja 2012 roku, była okresem ostatniej wypłaty nienależnego świadczenia, co ma szczególne znaczenie w kontekście zarzutów apelacji, jak również takiego samego zarzutu podnoszonego przed Sądem I instancji (patrz pismo złożone na rozprawie w dniu 3 lutego 2015 roku k 20), iż ostatnim świadczeniem było świadczenie z 30 września 2014 roku. Zatem i w tym zakresie weryfikacja zaskarżonego wyroku, a co za tym idzie kwestionowanych decyzji organu rentowego jest niemożliwa.

Reasumując w konsekwencji wskazanych uchybień Sąd Rejonowy nie orzekł o żądaniu wnioskodawcy. Z tych też względów koniecznym jest wydanie orzeczenia kasatoryjnego, to jest uchylenie zaskarżonego wyroku Sądu I instancji. Na tym etapie postępowania przesądzenie wskazanych okoliczności i wydanie orzeczenia co do istoty sprawy, faktycznie ograniczyłoby bowiem merytoryczne rozpoznanie sprawy do jednej instancji i w konsekwencji prowadziłoby do pozbawienia stron prawa do dwuinstancyjnego, merytorycznego procesu.

Biorąc powyższe pod uwagę Sąd Okręgowy na podstawie art. 386 § 4 kpc uchylił zaskarżony wyrok w pkt 2 i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania Sądowi Rejonowemu dla Łodzi Śródmieścia w Łodzi XI Wydziałowi Pracy i Ubezpieczeń Społecznych.

O kosztach postępowania orzeczono na podstawie art. 108 § 2 kpc.

Rozpoznając sprawę ponownie, Sąd I instancji winien szczegółowo zbadać każdy z okresów zwolnień lekarskich wymienionych w decyzji z 7 października 2014 r., pod kątem wykonywania pracy zarobkowej przez wnioskodawcę, zgodnie z dyrektywą art. 17 ustawy zasiłkowej, który umożliwia pozbawienie ubezpieczonego prawa do zasiłku chorobowego za dany okres konkretnego zwolnienia lekarskiego. Sąd Okręgowy nie traci przy tym z pola widzenia kontradiktoryjnego charakteru postępowania, a co za tym idzie konieczności podjęcia inicjatywy dowodowej przez strony. Sąd nie jest zobligowany do przeprowadzania postępowania z urzędu, dlatego powinien określić pełnomocnikom stron odpowiedni termin na złożenie stosownych wniosków dowodowych. Oczywistym jest, że dotychczas zgromadzony materiał także nie stracił walorów dowodowych i również powinien być wzięty pod uwagę przy ponownym rozpoznaniu sprawy. Następnie po dokonaniu wskazanych ustaleń, Sąd Rejonowy winien ocenić czy w okolicznościach sprawy wnioskodawca utracił prawo do każdego z zasiłków we wskazanych w decyzji okresach zasiłkowych oraz ewentualnie szczegółowo uzasadnić z jakich przyczyn uznał, że w konkretnym okresie zasiłkowych skarżący podejmował pracę zarobkową. Tym samym Sąd I instancji winien również dokonać ustalenia czy wnioskodawca podlega czy też nie, ubezpieczeniu chorobowemu w związku z ewentualnym nieprawidłowym opłaceniem składki za grudzień 2011 r. Koniecznym może się również okazać, w zależności od poczynionych ustaleń, rozważenie prawidłowości odmowy przez ZUS udzielenia zgody na opłacenie składki za grudzień 2011 r. przez wnioskodawcę po terminie, przy uwzględnieniu terminowości opłacanych wcześniej składek oraz prawidłowości ustalenia ich wysokości przez wnioskodawcę, zwłaszcza w kontekście dat dokonanych wpłat, biorąc pod uwagę na jaki dzień przypada ostatni dzień płatności ( np. czy nie jest to dzień ustawowo wolny od pracy). Na koniec zaś Sąd Rejonowy winien zbadać datę ostatniej wypłaty nienależnego świadczenia (jeśli taka wobec wykorzystywania przez wnioskodawcę zwolnień lekarskich niezgodnie z ich celem miała miejsce), której nie dokonano 21 maja 2012 r. a od której należy liczyć trzyletni okres, za który organ rentowy może żądać ich zwrotu. Dopiero bowiem, dokonanie tych czynności przez Sąd Rejonowy pozwoli na wyjaśnienie istoty sprawy, a Sądowi II instancji pozwoli na kontrolę instancyjną wydanego orzeczenia.

Mając powyższe na uwadze orzeczono jak w sentencji.