

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 28 lutego 2017 roku Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi, X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych po rozpoznaniu sprawy z odwołania **Z. D. (1)** przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych I Oddziałowi w Ł. o zobowiązanie do zwrotu świadczenia rehabilitacyjnego jako świadczenia nienależnie pobranego w związku z odwołaniem od decyzji ZUS I Oddziału w Ł. z dnia 01 sierpnia 2016r, znak (...) w zakresie zobowiązania do zwrotu świadczenia rehabilitacyjnego jako świadczenia nienależnie pobranego – oddalił odwołanie.

Powyższe orzeczenie Sąd Rejonowy oparł na następujących ustaleniach faktycznych:

W dniu 31 stycznia 2014r w KRS zgłoszono (...) spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością w Ł., w której jedynym udziałowcem jest wnioskodawca. Spółka powstała z przekształcenia jednoosobowej działalności wnioskodawcy (wykreślonej z (...) w dniu 12 marca 2014r) , co nastąpiło w dniu 30 września 2013r. Głównym przedmiotem działalności w/w firm było i jest pranie oraz czyszczenie wyrobów włókienniczych i futrzarskich. Od 07 lipca 2016r w stosunku do w/w spółki toczy się postępowanie układowe i ustanowiono nadzorcę sądowego.

W dniu 03 marca 2014r wnioskodawca podpisał umowę przedwstępną zbycia udziałów w spółce (...), ale do zawarcia ostatecznej umowy nigdy nie doszło, ponieważ inwestor nie wpłacił żądanej kwoty. Działalność w (...) spółki (...) wnioskodawca prowadził aż do dnia 24 października 2014r. W latach 2014-2016r działalność firmy Z.D. nie była zawieszana. Z. D. zatrudniał w w/w podmiotach ok. 18 pracowników. Jednocześnie był zatrudniony w firmie (...) do końca lutego 2014r. Wnioskodawca nie zgłaszał się z tytułu działalności gospodarczej do ubezpieczenia chorobowego.

M.in. za okres od dnia 01 do dnia 14 marca 2014r ZUS wypłacił wnioskodawcy w dniu 16 kwietnia 2015r świadczenie rehabilitacyjne w kwocie objętej zaskarżoną decyzją z tytułu zatrudnienia w spółce (...) (zatrudnienie w okresie od dnia 01 czerwca 2011r do dnia 28 lutego 2014r). Kwoty tej Z. D. nie zwracał do organu rentowego. W/w świadczenie organ rentowy spełnił wykonując wyrok sądowy z dnia 03 marca 2015r w sprawie XIU 859/14. Wnioskodawca z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej zgłosił się do ubezpieczeń społecznych w dniu 01 marca 2014r tj. po ustaniu zatrudnienia (bez zgłoszenia do ubezpieczenia chorobowego).

W okresie pobierania świadczenia rehabilitacyjnego wnioskodawca nie informował ZUS o fakcie prowadzenia w tym samym czasie działalności gospodarczej. W oświadczeniu do celów przyznania świadczenia rehabilitacyjnego, składanym przez wnioskodawcę w organie rentowym w dniu 28 marca 2014r, wnioskodawca został pouczoney, m.in. o tym, że „ po ustaniu tytułu ubezpieczenia świadczenie rehabilitacyjne nie przysługuje także w razie podjęcia lub kontynuowania działalności zarobkowej stanowiącej tytuł do objęcia obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym albo zapewniającej prawo do świadczeń za czas choroby/...”. W oświadczeniu tym wnioskodawca podpisał zobowiązanie do poinformowania organu rentowego o wszelkich zmianach podanych danych.

Jednocześnie, wnioskodawca złożył oświadczenie, że po dniu 08 stycznia 2014r nie podjął zatrudnienia, przebywa na zwolnieniu lekarskim i nie rejestrował się w Urzędzie Pracy. Nie wskazał w nim, że od dnia 01 marca 2014r nadal prowadzi działalność gospodarczą.

Sąd Rejonowy dokonując rozważań wskazał, że odwołanie nie zasługiwało na uwzględnienie. W sprawie, zostały bowiem spełnione przesłanki z art. 13 ust.1 pkt.2 ustawy zasiłkowej.

W myśl art.1 ustawy zasiłkowej, świadczenia pieniężne na warunkach i w wysokości określonych ustawą przysługują osobom objętym ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa określonym w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 121, z późn. zm.)

Również zasiłek chorobowy i świadczenie rehabilitacyjne przysługują osobie ubezpieczonej, która w okresie ubezpieczenia chorobowego stała się i była niezdolna do pracy (art. 6 ust. 1 i art. 18 ust.1 ustawy zasiłkowej).

Niezdolność wnioskodawcy do pracy w okresach wskazanych w zaskarżonych decyzjach nie była kwestionowana. Prawo do świadczenia rehabilitacyjnego przyznano za sporny okres na mocy wyroku sądowego powołanego w ustaleniach. Analiza okoliczności sprawy istniejących w dniu 01 marca 2014r, wskazywała jednak, że od tego dnia wnioskodawca zgłosił się do ubezpieczeń społecznych (poza chorobowym) z tytułu działalności gospodarczej, obecnie prowadzonej w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością (wcześniej, jako jednoosobowa działalność gospodarcza). Z dniem 28 lutego 2014r ustało zatrudnienie wnioskodawcy w spółce (...), a powstał nowy tytuł ubezpieczenia – działalność gospodarcza prowadzona w formie spółki z o.o. (...).

Wnioskodawca nie podlegał wprawdzie z w/w tytułu dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, ale potencjalny tytuł do takiego ubezpieczenia nabył. Kwestią jego wyboru było zgłoszenie się do ubezpieczenia chorobowego z nowego tytułu bądź też nie. Wnioskodawca wybrał ten drugi wariant.

Zgodnie z art. 14 ustawy systemowej, 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.

Objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4.

(...) emerytalne i rentowe oraz chorobowe, o których mowa w ust. 1, ustają od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom.

We wszystkich przypadkach do powstania stosunku prawnego dobrowolnego ubezpieczenia niezbędny jest wniosek ubezpieczonego, a objęcie ubezpieczeniem następuje zasadniczo od dnia wskazanego we wniosku, jednak nie wcześniej niż od dnia, w którym wniosek został złożony. W przypadku, gdy we wniosku ubezpieczony nie wskazuje terminu przystąpienia do dobrowolnego ubezpieczenia, należy przyjąć, że powstaje ono od dnia złożenia wniosku (por. wyr. SN z 8.8.2001 r., II UKN 518/00, OSNP 2003, Nr 10, poz. 257 oraz Z. M., Wniosek o objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami, s. 25).

Gdy ubezpieczony został wyłączony z mocy prawa z ubezpieczenia dobrowolnego na skutek nieopłacenia składek na to ubezpieczenie, w takim przypadku niezbędny jest wniosek ubezpieczonego o ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem, gdyż poprzedni stosunek ubezpieczenia ustał z mocy prawa (por. wyr. SN z 8.8.2001 r., II UKN 518/00, OSNP 2003, Nr 10, poz. 257 oraz wyr. SN z 29.3.2012 r., I UK 339/11, OSNP 2013, Nr 5–6, poz. 68; Z. M., Wniosek o objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami, s. 25 oraz I. S. w głosie do wyr. SN z 16.8.2005 r., I UK 376/04, OSP 2007, Nr 7–8, poz. 95), a za niewystarczające należy uznać samo opłacenie składek po ustaniu dobrowolnego ubezpieczenia, które nie może powodować ponownego nawiązania stosunku tego ubezpieczenia (por. wyr. SN z 17.5.2012 r., I UK 408/11, L.).

Reasumując, zdaniem Sądu Rejonowego, wnioskodawca nie podlegał w spornych okresach dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako prowadzący działalność gospodarczą, nie mógł więc nabyć prawa do zasiłków chorobowych za okresy objęte rozpatrywanymi decyzjami z tego tytułu. Miał jednak tytuł, który uprawniał go do ubezpieczenia chorobowego, z którego nie skorzystał.

Zgodnie z art. 13 ust. 1, pkt. 2 ustawy zasiłek chorobowy z tytułu niezdolności do pracy powstałej w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego, jak i z tytułu niezdolności do pracy powstałej po ustaniu tytułu ubezpieczenia nie przysługuje za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli osoba niezdolna do pracy kontynuuje działalność zarobkową lub podjęła działalność zarobkową stanowiącą tytuł do objęcia obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym albo zapewniającą prawo do świadczeń za okres niezdolności do pracy z powodu choroby.

Wnioskodawca w dniu 01 marca 2014r nadal kontynuował działalność zarobkową stanowiącą tytuł do objęcia obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym. Nie miał więc prawa do świadczenia rehabilitacyjnego

od w/w daty z tytułu wcześniejszego zatrudnienia. Mimo to, otrzymał to świadczenie, którego nie zwrócił. Mimo stosownych pouczeń ZUS zawartych w oświadczeniu składanym do celów rozpatrzenia wniosku o świadczenie rehabilitacyjne, Z. D. nie poinformował organu rentowego o kontynuowaniu działalności gospodarczej.

Sąd I instancji wskazał, że w regulacji art. 13 ust. 1 ustawy zostały określone przesłanki negatywne, bowiem ustawodawca wskazał, że wystąpienie choć jednej z tych przesłanek przesądza o tym, że zasiłek chorobowy (odpowiednio świadczenie rehabilitacyjne art. 22 ustawy) nie przysługuje. Brak tych przesłanek oznacza, że zasiłek chorobowy (świadczenie) będzie przysługiwał. Ich cechą wspólną jest istnienie innych źródeł dochodów (choćby potencjalnych), które pochodzą m.in. z: ubezpieczenia społecznego, własnej kontynuowanej lub podjętej działalności zarobkowej czy Funduszu Pracy.

Nawet, więc jeśli wnioskodawca w spornym okresie nie osiągał dochodu, to źródło dochodów istniało. Przesłanki z art.13 zostały więc spełnione, co oznaczało, że nie powinien za sporny okres pobierać świadczenia rehabilitacyjnego, bowiem w istocie prawo do niego utracił.

Do przyczyn mieszczących się w katalogu przesłanek negatywnych wypłaty zasiłku chorobowego należą wszystkie te okoliczności, w których nie dochodzi do spełnienia się ryzyka ubezpieczeniowego. Szerzej pogląd ten został omówiony w uchwale Sądu Najwyższego z 30 sierpnia 2011 r. (III ZP 11/01, LexPolonica nr 352271, OSNAPiUS 2002, nr 1, poz. 18), który w uzasadnieniu do uchwały podniósł, iż „odwołanie się do funkcji i celu prawa do zasiłku chorobowego, udzielanego po przekroczeniu okresu objętego składką, pozwala na stwierdzenie, że w kontekście ogólnych zasad nabywania prawa do zasiłku chorobowego, jest on świadczeniem wyjątkowym, przysługującym tylko osobom nie podlegającym ubezpieczeniu, i to z tytułu zdarzeń nie objętych ryzykiem ubezpieczenia chorobowego, skoro przyczyną utraty przez nie zarobków nie jest choroba, lecz zaprzestanie wykonywania działalności stanowiącej tytuł ubezpieczenia. Zasiłek ten różni się zatem od zasiłku przysługującego z art. 6 ustawy nie tylko pod względem konstrukcyjnym (wymaganie wystąpienia co najmniej trzydziestodniowej niezdolności do pracy w krótkim czasie od ustania tytułu ubezpieczenia), ale również co do charakteru tego świadczenia w systemie świadczeń na wypadek choroby. Powyższe, wnioski należy odpowiednio odnosić do świadczenia rehabilitacyjnego.

Ryzyko, które ustawodawca zdecydował się finansować bez ekwiwalentu w składce, zostało ogólnie ujęte jako niezdolność do pracy po ustaniu tytułu ubezpieczenia. Sąd Najwyższy uściślił ten ogólny opis, uznając - na tle poprzednio obowiązującego przepisu art. 6 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1974 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jednolity: Dz. U. z 1983 r. Nr 30, poz. 143 ze zm.), dotyczącego wyłącznie pracowniczego tytułu ubezpieczenia - że prawo do omawianych świadczeń dyktowane jest koniecznością ochrony wytworzonej przez chorobę przerwy w pracy oraz przeszkodą w znalezieniu i podjęciu nowego zatrudnienia (por. uchwałę Sądu Najwyższego z 10 grudnia 1984 r., III UZP 55/84, LexPolonica nr 309623, OSPiKA 1985, nr 7-8, poz. 154 oraz uchwałę składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z 18 kwietnia 1996 r., II UZP 23/95, LexPolonica nr 335073, OSNAPiUS 1996, nr 24, poz. 376)”.

Ustawodawca nie zdefiniował wyrażenia „działalność zarobkowa”; nie jest możliwe ustalenie treści normatywnej tego wyrażenia również na gruncie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. W doktrynie wskazuje się, że wyrażenie to powinno być rozumiane szeroko, co oznacza „że w sensie rodzajowym wchodzi tu w grę każda praca (działalność) zarobkowa mogąca stanowić źródło dochodów” (H. Pławucka, Glosa do uchwały SN z 30 sierpnia 2001 r., III ZP 11/01, LexPolonica nr 352271, OSP 2002, nr 12, s. 599).

Działalność wnioskodawcy stanowiło źródło dochodu i miała na celu stałe zarobkowanie.

W świetle utrwalonego orzecznictwa Sądu Najwyższego dotyczącego podlegania ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej (wyroki Sądu Najwyższego: z 22 lutego 2010 r., I UK 240/09, LEX nr 585723, z 18 października 2011 r., II UK 51/11, LEX nr 1110977 i z 18 listopada 2011 r., I UK 156/11, LEX nr 1102533) należy stwierdzić, zdaniem Sądu I Instancji, że wpis do ewidencji tej działalności (rejestru) stwarza domniemanie jej prowadzenia. Domniemanie to może zostać obalone w razie udowodnienia, że działalność ta nie była prowadzona wskutek zaistnienia szczególnych, zazwyczaj losowych, okoliczności. W takich okolicznościach

nie powstaje obowiązek ubezpieczenia społecznego, a co za tym idzie nie powstaje tytuł do objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Podleganie obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym nie obejmuje okresu, w którym zaprzestano prowadzenia działalności gospodarczej albo zawieszono jej prowadzenie na podstawie przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1447 z późn. zm.).

Zdaniem Sądu Rejonowego, wnioskodawca takiego domniemania nie obalił. Tym bardziej, że przyznał, że w spornym okresie spółka, w której był jedynym udziałowcem, nadal zatrudniała 18 osób. Prowadziła działalność gospodarczą o tym samym profilu, Prezes Spółki zadłużał ją (wg. oświadczeń wnioskodawcy), nigdy nie odkupił udziałów od wnioskodawcy, mimo umowy przedwstępnej. W tej sytuacji trudno było uznać, że wnioskodawca nie prowadził działalności zarobkowej, stanowiącej potencjalne źródło dochodów, z której mógł (gdyby tylko chciał uiszczać składki) podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Skoro wybrał inne rozwiązanie musi liczyć się z konsekwencjami obowiązujących w tym zakresie przepisów i porzucić na ewentualnych dochodach uzyskiwanych z prowadzonej działalności (poza zatrudnieniem).

Po ustaniu zatrudnienia wnioskodawcy nie zaszła więc potrzeba dalszej ochrony stanu niezdolności do zarobkowania z tytułu pracowniczego, który ustał.

Należało także zauważyć, zdaniem Sądu I instancji, że świadczenie rehabilitacyjne, udzielane po przekroczeniu okresu objętego składką - w kontekście ogólnych zasad nabywania prawa do świadczeń chorobowych - jest świadczeniem wyjątkowym, przysługującym tylko osobom niepodlegającym ubezpieczeniu, i to z tytułu zdarzeń nieobjętych ryzykiem ubezpieczenia chorobowego, skoro przyczyną utraty przez nie zarobków nie jest choroba, lecz zaprzestanie wykonywania działalności stanowiącej tytuł ubezpieczenia. Świadczenia te różnią się zatem od świadczeń przysługujących w trakcie trwania tytułu ubezpieczenia nie tylko pod względem konstrukcyjnym (wymaganie wystąpienia co najmniej trzydziestodniowej niezdolności do pracy w krótkim czasie od ustania tytułu ubezpieczenia), ale również co do charakteru tego świadczenia w systemie świadczeń na wypadek choroby. Natomiast konstrukcja przesłanek "nienabycia" prawa do nich pozwala na stwierdzenie, że ryzykiem chronionym jest niemożność wykonywania (kontynuowania lub podjęcia) każdej działalności zarobkowej, a także nowej działalności dającej źródło utrzymania, niemożność otrzymywania zasiłku dla bezrobotnych, świadczenia emerytalnego, rentowego etc. (por. uchwała SN z dnia 30 sierpnia 2001 r., III ZP 11/01, OSNP 2002, nr 1, poz. 18; Biul. SN 2001, nr 8, s. 3; OSNP-wkł. 2001, nr 20, poz. 2; Prok. i Pr. 2002, nr 1, s. 44; Wokanda 2002, nr 2, s. 17; OSP 2002, z. 12, poz. 151). Przyczyny objęte katalogiem z art. 13 to wszystkie te okoliczności, kiedy nie dochodzi do spełnienia się ryzyka ubezpieczenia (por. uchwała SN z dnia 30 sierpnia 2001 r., III ZP 11/01, OSNP 2002, nr 1, poz. 18; Biul. SN 2001, nr 8, s. 3; OSNP-wkł. 2001, nr 20, poz. 2; Prok. i Pr. 2002, nr 1, s. 44; Wokanda 2002, nr 2, s. 17, OSP 2002, z. 12, poz. 151).

Wspólną cechą przyczyn wyłączających prawo do zasiłku, czy świadczenia rehabilitacyjnego jest istnienie innych źródeł dochodów z ubezpieczenia społecznego (emerytura lub renta z tytułu niezdolności do pracy), z Funduszu Pracy (zasiłek dla bezrobotnych, zasiłek lub świadczenie przedemerytalne) bądź z własnej kontynuowanej lub podjętej działalności zarobkowej (dochód z tej działalności lub zasiłek chorobowy z tytułu kontynuowanej równolegle lub nowej aktywności zawodowej, nabyty na ogólnych zasadach). We wszystkich tych przypadkach wypłata zasiłku chorobowego, czy świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu ubezpieczenia byłaby sprzeczna z ratio legis omawianej regulacji, która sprowadza się do dostarczenia środków utrzymania byłemu ubezpieczonemu, który z powodu ustania pracy zarobkowej traci dotychczasowe dochody, a któremu choroba przeszkodziła w znalezieniu i podjęciu nowej pracy zarobkowej, a tym samym nowego źródła dochodów. Wspólną cechą i uzasadnieniem wszystkich przyczyn wyłączających prawo do w/w świadczeń jest więc okoliczność, że dotyczą one sytuacji, gdy osoba niezdolna do pracy ma inne źródło dochodu.

Reasumując, zdaniem Sądu I instancji, wnioskodawca winien zwrócić świadczenie za sporny okres jako nienależnie pobrane. Rozstrzygnięcie w zakresie zasadności żądania przez ZUS zwrotu kwot głównych wypłaconych świadczeń determinowała treść art. 84 ustawy systemowej i art. 66 ustawy zasiłkowej.

W tym zakresie decyzja ZUS zobowiązująca wnioskodawcę do zwrotu pobranych świadczeń była słuszna i odpowiadała obowiązującym przepisom.

Zgodnie z treścią art. 66 ust.2 ustawy zasiłkowej, 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.

Zgodnie z dyspozycją art. 84 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U.2013.1442 j.t.), zwaną dalej ustawą systemową, 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.

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.

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 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 zakresie w/w zasad zaskarżona decyzja odpowiadała obowiązującym przepisom.

Za kwoty nienależnie pobranych świadczeń uważa się: 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, 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 (ust. 2).

Celem regulacji dotyczącej zwrotu świadczeń nienależnie pobranych jest doprowadzenie do sytuacji, w której pobierający to świadczenie nie będzie wzbogacony. Z uwagi na odrębność unormowań dotyczących zwrotu nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych nie mają zastosowania przepisy o bezpodstawnym wzbogaceniu ani też zasady współzycia społecznego.

Obowiązek zwrotu świadczenia obciąża więc tylko tego, kto przyjął świadczenie w złej wierze, mając świadomość jego nienależności. Dotyczy to zarówno osoby, która została pouczona o okolicznościach dotyczących braku prawa do pobierania świadczenia (art. 84 ust. 2 pkt 1 u.s.u.s.), jak i osoby, która uzyskała świadczenie na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd organu wypłacającego świadczenie (art. 84 ust. 2 pkt 2 u.s.u.s.). Świadomość nienależności świadczenia może mieć źródło w pouczeniu udzielonym przez organ rentowy co do okoliczności powodujących konieczność zwrotu świadczenia bądź też może wynikać z zawinionej osoby, która spowodowała wypłatę świadczeń.

Podstawowym zatem warunkiem uznania, że wypłacone świadczenie podlega zwrotowi w myśl komentowanego przepisu (art. 84 ust. 2 pkt 1 u.s.u.s. z 1998 r.) jest, po pierwsze, brak prawa do świadczenia oraz, po drugie, świadomość tego osoby przyjmującej to świadczenie, płynąca ze stosownego pouczenia. Obie te przesłanki wystąpić muszą w trakcie pobierania świadczenia, a nie po zaprzestaniu jego wypłaty.

Zasady współzycia społecznego nie mogą uzasadniać konstruowania innych zasad zwrotu nienależnie pobranych świadczeń, niż wynikające z przepisów prawa ubezpieczeń społecznych. Tak jak świadczeniobiorca nie może żądać złagodzenia rygoryzmu prawa ubezpieczeń społecznych poprzez odwołanie się do konstrukcji nadużycia prawa podmiotowego przewidzianej w art. 5 k.c. lub w art. 8 k.p., tak organ rentowy w oparciu te przepisy nie jest uprawniony do zaostrzenia rygorów tego prawa. (wyrok SN z dnia 2 grudnia 2009 r., I UK 174/09,).

W orzecznictwie Sądu Najwyższego dotyczącym problematyki zwrotu nienależnie pobranych świadczeń (także na tle niemal analogicznych uregulowań zawartych w uprzednio obowiązujących art. 80 i 81 ustawy z dnia 23 stycznia 1968 r. o powszechnym zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin, Dz. U. Nr 3, poz. 6 ze zm., oraz art. 106 i 107 ustawy z dnia 14 grudnia 1982 r. o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin, Dz. U. Nr 40, poz. 267 ze zm., a także aktualnego art. 138 ustawy o emeryturach i rentach z FUS) przyjmuje się, że organ rentowy może domagać się zwrotu nienależnie pobranego świadczenia tylko wówczas, gdy ubezpieczonemu można przypisać złą wolę (wyrok Trybunału Ubezpieczeń Społecznych z dnia 27 maja 1966 r., I TR 49/66, niepublikowany - patrz: B. Gudowska: Ubezpieczenie emerytalno-rentowe w orzecznictwie Sądu Najwyższego, Warszawa 1993, s. 171). Obowiązek zwrotu obciąża tylko tego, kto przyjął świadczenie w złej wierze wiedząc, że mu się nie należy, co dotyczy zarówno osoby, która została pouczona o okolicznościach, w jakich nie powinna pobierać świadczeń, jak też tej osoby, która uzyskała świadczenia na podstawie nieprawdziwych zeznań lub dokumentów, albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd instytucji ubezpieczeniowej. Wypłacenie świadczenia w sposób, na który nie miała wpływu wina świadczeniobiorcy, nie uzasadnia powstania po stronie osoby ubezpieczonej obowiązku zwrotu nienależnie pobranego świadczenia (por. wyroki Trybunału (...) z dnia 11 stycznia 1966 r., III TR 1492/65, OSPiKA 1967 nr 10, poz. 247, z dnia 24 czerwca 1965 r., III TR 86/65 oraz z dnia 19 lipca 1965 r., III TR (...), niepublikowane; wyroki Sądu Najwyższego z dnia 28 lipca 1977 r., II UR 5/77, OSNCP 1978 nr 2, poz. 37 oraz z dnia 16 lutego 1987 r., II URN 16/87, (...) 1988 nr 6; wyroki Sądów Apelacyjnych w Krakowie z dnia 11 września 1996 r., III AUr 105/96, OSA 1997 nr 7-8, poz. 21, s. 74 oraz w B. z dnia 10 listopada 1999 r., III AUa 602/99, OSA 2000 nr 6, poz. 29, s. 70; a także wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 września 2007 r., I UK 90/0, OSNP 2008 nr 19-20, poz. 301). Podstawowym zatem warunkiem uznania, że wypłacone świadczenie podlega zwrotowi w myśl komentowanego przepisu (art. 84 ust. 2 pkt 1 ustawy systemowej) jest, po pierwsze, brak prawa do świadczenia oraz, po drugie, świadomość tego osoby przyjmującej to świadczenie, płynąca ze stosownego pouczenia. Obie te przesłanki wystąpić muszą w trakcie pobierania świadczenia, a nie po zaprzestaniu jego wypłaty. Innymi słowy, jeśli w trakcie

pobierania świadczenia jest ono "należne", a okoliczności wyłączające do niego prawo, a w konsekwencji wiedza o tym świadczeniobiorcy, wystąpiły post factum, nie ma podstaw do uznania, że należności wypłacone podlegają zwrotowi na podstawie art. 84 ustawy systemowej.

Zasadą jest żądanie zwrotu nienależnie zrealizowanego świadczenia przez osobę, która świadczenie to pobierała i której można przypisać albo wynikającą ze stosownego pouczenia wiedzę o braku podstawy prawnej do wypłaty świadczenia w ogóle lub w określonej wysokości, albo podjęcie świadomych działań zmierzających do wprowadzenia w błąd organu wypłacającego świadczenie.

Wnioskodawca był prawidłowo pouczony przez ZUS o konieczności informowania o zmianie okoliczności mających wpływ na prawo do świadczenia rehabilitacyjnego, w tym, m.in. o braku takiego prawa w przypadku kontynuowania działalności zarobkowej stanowiącej tytuł do ubezpieczeń. Mimo to nie wskazał w oświadczeniu składanym do ZUS, że działalność prowadzi, ograniczył się do wskazania, że stracił zatrudnienie. W tej sytuacji winien zwrócić kwoty objęte zaskarżoną decyzją jako nienależne świadczenie.

Wobec powyższego, Sąd Rejonowy, na podstawie art. 477¹⁴§ 1 k.p.c. odwołanie oddalił.

Apelację od powyższego wyroku wniósł ubezpieczony, zaskarżając go w całości. Wniósł o jego uchylenie względnie zmianę przez uwzględnienie odwołania w całości.

W uzasadnieniu podniósł, że sąd rejonowy nie uwzględnił, pomimo związania go, prawomocnego wyroku jaki zapadł w sprawie XIU 859/14, który stwierdzał zasadność wypłacenia świadczenia. Sąd błędnie przyjął, wbrew zebranemu materiałowi dowodowemu, że od marca 2014 r. prowadził działalność gospodarczą.

Zdaniem skarżącego fakt posiadania 100% udziałów w spółce z o.o. (...) nie oznacza jeszcze zaistnienia przesłanek do traktowania go na równi z osobą prowadzącą działalność. Sąd rejonowy w ogóle pominął fakt, że w związku z umowami o przedwstępnej sprzedaży udziałów i umową zastawu rejestrowego został pozbawiony wszelkich praw wynikających z udziałów zarówno praw korporacyjnych jak też majątkowych związanych z tymi udziałami. W związku z powyższym nie został spełniony podstawowy wymóg kontynuowania przez niego działalności gospodarczej i przede wszystkim istnienia źródła potencjalnych dochodów. Dodatkowo żądanie ZUS zwrotu świadczenia jest niezasadne z uwagi na brak po jego stronie jakiegokolwiek świadomości nienależności świadczenia, skoro było ono potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu.

Sąd Okręgowy, zważył, co następuje:

Na wstępie należy podnieść, że postanowieniem wydanym na rozprawie apelacyjnej w dniu 21 sierpnia 2017 r Sąd ustalił wartość zaskarżenia w sprawie na kwotę 560,14 zł w związku z treścią zaskarżonej decyzji, na mocy której wnioskodawcy odmówiono prawa do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 1 marca 2014 r do 14 marca 2014 r i zobowiązano go do zwrotu nienależnie pobranego świadczenia za ten okres w kwocie 560,14 zł.

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

W ocenie Sądu Okręgowego, Sąd pierwszej instancji wydał trafne orzeczenie, znajdujące oparcie w zebranych w sprawie materiale dowodowym i obowiązujących przepisach prawa.

Sąd Okręgowy w pełni aprobuje ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji i przyjmuje je za własne, podziela również wywody prawne zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, nie znajdując żadnych podstaw do jego zmiany bądź uchylenia.

Wnioskodawca nie wskazał na naruszenie konkretnego przepisu prawa materialnego czy procesowego, których to miałyby się dopuścić Sąd I instancji.

Odnosząc się do treści apelacji, przypomnieć należy, że zgodnie z art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. (t.j. .2017 poz. 1368), zasiłek chorobowy z tytułu niezdolności do pracy powstałej w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego, jak i z tytułu niezdolności do pracy powstałej po ustaniu tytułu ubezpieczenia nie przysługuje za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli osoba niezdolna do pracy kontynuuje działalność zarobkową lub podjęła działalność zarobkową stanowiącą tytuł do objęcia obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym albo zapewniającą prawo do świadczeń za okres niezdolności do pracy z powodu choroby.

Zasiłek chorobowy przysługuje w razie niezdolności do pracy spowodowanej chorobą, a więc jego funkcja substytutu zarobku polega na zabezpieczeniu środków niezbędnych do utrzymania w okresie trwania choroby. Taką zasadniczą funkcję spełnia zasiłek chorobowy w okresie trwania tytułu ubezpieczenia chorobowego. Prawo do zasiłku chorobowego po ustaniu tytułu ubezpieczenia jest natomiast wyjątkiem od ogólnej zasady przysługiwania prawa do zasiłku chorobowego w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego. Odwołanie się do funkcji i celu prawa do zasiłku chorobowego, udzielanego po przekroczeniu okresu objętego składką, pozwala na stwierdzenie, że w kontekście ogólnych zasad nabywania prawa do zasiłku chorobowego, jest on świadczeniem wyjątkowym, przysługującym tylko osobom nie podlegającym ubezpieczeniu, i to z tytułu zdarzeń nie objętych ryzykiem ubezpieczenia chorobowego. Ryzyko, które ustawodawca zdecydował się finansować bez ekwiwalentu w składce, zostało ogólnie ujęte jako niezdolność do pracy po ustaniu tytułu ubezpieczenia i przy tym podlega szczególnie określonymu reżimowi przesłanek, kiedy zasiłek chorobowy po ustaniu tytułu ubezpieczenia społecznego, nie przysługuje – wskazanych w art. 13 omawianej ustawy.

Wspólną cechą przyczyn wyłączających prawo do zasiłku wskazanych w art. 13 powoływanej ustawy jest istnienie innych źródeł dochodów z ubezpieczenia społecznego (emerytura lub renta z tytułu niezdolności do pracy), z Funduszu Pracy (zasiłek dla bezrobotnych, zasiłek lub świadczenie przedemerytalne) bądź z własnej kontynuowanej lub podjętej działalności zarobkowej (dochód z tej działalności lub zasiłek chorobowy z tytułu kontynuowanej równolegle lub nowej aktywności zawodowej, nabyty na ogólnych zasadach). We wszystkich tych przypadkach wypłata zasiłku chorobowego po ustaniu ubezpieczenia byłaby sprzeczna z ratio legis omawianej regulacji, która sprowadza się do dostarczenia środków utrzymania byłemu ubezpieczonemu, który z powodu ustania pracy zarobkowej traci dotychczasowe dochody, a któremu choroba przeszkodziła w znalezieniu i podjęciu nowej pracy zarobkowej, a tym samym nowego źródła dochodów (H. Pławucka, glosa do uchwały SN z dnia 30 sierpnia 2001 r., III ZP 11/2001, OSP 2002, z. 12, poz. 599). Uzasadnieniem wszystkich przyczyn wyłączających prawo do zasiłku jest więc okoliczność, że dotyczą one sytuacji, gdy osoba niezdolna do pracy ma już inne źródło utrzymania.

Powyższe regulacje stosuje się na mocy art. 22 ustawy zasiłkowej do świadczenia rehabilitacyjnego.

Przepis art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej posługuje się przesłanką „kontynuacji działalności zarobkowej” lub „podjęcia działalności zarobkowej”. Ustawa przy tym nie definiuje pojęcia działalności zarobkowej. Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych także pojęcia tego nie wyjaśnia. Wykładnia pojęcia działalności zarobkowej poprzez porównanie przepisu art. 13 ust. 1 pkt 2 z art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej – przewidującego utratę prawa do zasiłku chorobowego za cały okres zwolnienia, w razie wykonywania pracy zarobkowej lub niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania zwolnienia lekarskiego – prowadzi do wniosku, iż zakres przedmiotowy pojęcia "działalności zarobkowej" jest szerszy od pojęcia "praca zarobkowa" i obejmuje różne formy prowadzenia działalności, w ramach której ubezpieczony uzyskuje dochód. Inaczej mówiąc, działalność zarobkowa to działalność stanowiąca źródło dochodu z tytułu własnej pracy, niezależnie od podstawy jej wykonywania. Należy przy tym przyjąć, że jest to tego rodzaju działalność zarobkowa, która stanowi tytuł do ubezpieczenia społecznego, a więc czyni zbędną ochronę ubezpieczeniową z tytułu poprzedniej, zakończonej działalności.

W brzmieniu art. 13 ust. 1 pkt 2 działalność zarobkowa stanowi tytuł do objęcia obowiązkowo lub dowolnie ubezpieczeniem chorobowym. W myśl art. 3 ust. 1 ustawy zasiłkowej przez pojęcie tytułu ubezpieczenia chorobowego należy rozumieć zatrudnienie lub inną działalność, których podjęcie rodzi obowiązek ubezpieczenia chorobowego lub uprawnienie do objęcia tym ubezpieczeniem na zasadach dobrowolności w rozumieniu przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Tytułem ubezpieczenia chorobowego jest więc prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej, zatrudnienie, służba lub inna praca zarobkowa, z których uzyskuje się dochód, także jest wykonywanie czynności w ramach umowy zlecenia.

Nawiązanie takiego stosunku daje podstawę do objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Także w zakresie przesłanki prowadzenia działalności gospodarczej jak podkreśla się w orzecznictwie, ocena czy działalność gospodarcza rzeczywiście jest wykonywana, w tym czy zaistniała przerwa w jej prowadzeniu, należy do sfery ustaleń faktycznych. Wznowienie działalności nie przesądza o faktycznym prowadzeniu działalności gospodarczej, jednakże wpis ten prowadzi do domniemania prawnego, według którego osoba, która podjęła zawieszoną działalność gospodarczą, jest traktowana jako prowadząca taką działalność, w związku z czym powstaje obowiązek zapłaty składek na ubezpieczenie społeczne (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 18 października 2011 roku, III UK 43/11, Lex nr 1365701). Domniemanie płynące z podjęcia zawieszony działalności gospodarczej może zostać obalone i ciężar w tym zakresie spoczywa na ubezpieczonym, zgodnie z art. 6 k.c. Prowadzenie działalności gospodarczej obejmuje wszelkie działania podejmowane w celu zaistnienia czynności dających przychód, a objęcie obowiązkiem ubezpieczenia społecznego osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą uzależnione jest od jej rzeczywistego prowadzenia na podstawie wpisu do ewidencji.

Także w wyroku Sądu Najwyższego z dnia z dnia 4 czerwca 2012 r. I UK 13/12 (LEX nr 1218583), wydanym na gruncie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej, Sąd Najwyższy opowiedział się za dotychczasowym rozumieniem prowadzenia działalności gospodarczej w aspekcie obowiązku ubezpieczenia społecznego i kwestii faktycznego jej prowadzenia. Sąd Najwyższy potwierdził, iż wpis do ewidencji tej działalności (rejestr) stwarza domniemanie jej prowadzenia, które może zostać obalone w razie udowodnienia, że działalność ta nie była prowadzona wskutek zaistnienia szczególnych, zazwyczaj losowych, okoliczności. W takich okolicznościach nie powstaje obowiązek ubezpieczenia społecznego, a co za tym idzie nie powstaje tytuł do objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Podleganie obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym nie obejmuje okresu, w którym zaprzestano prowadzenia działalności gospodarczej albo zawieszono jej prowadzenie na podstawie przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (t.j. Dz. U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1447 ze zm.). Sąd Najwyższy w takim wypadku uznał, iż pozbawienie prawa do zasiłku chorobowego na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej miałyby uzasadnienie wówczas, gdyby ubezpieczony uzyskał tytuł ubezpieczenia w postaci faktycznego prowadzenia działalności gospodarczej, kontynuując działalność.

W ocenie Sądu Okręgowego, Sąd I instancji prawidłowo przyjął, iż wnioskodawca w dniu 1 marca 2014r nadal kontynuował działalność zarobkową stanowiącą tytuł do objęcia dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym. Wnioskodawca nie obalił domniemania kontynuowania działalności zarobkowej. Tym bardziej, że przyznał, że w spornym okresie spółka, w której był jedynym udziałowcem, nadal zatrudniała 18 osób. Prowadziła działalność gospodarczą o tym samym profilu, Prezes Spółki zadłużał ją (wg. oświadczeń wnioskodawcy), nigdy nie odkupił udziałów od wnioskodawcy, mimo umowy przedwstępnej. W tej sytuacji trudno było uznać, że wnioskodawca nie prowadził działalności zarobkowej, stanowiącej potencjalne źródło dochodów, z której mógł (gdyby tylko chciał uiszczać składki) podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Skoro wybrał inne rozwiązanie musi liczyć się z konsekwencjami obowiązujących w tym zakresie przepisów i poprzestać na ewentualnych dochodach uzyskiwanych z prowadzonej działalności (poza zatrudnieniem). Jak słusznie zauważył Sąd Rejonowy, wnioskodawca reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika nie przejawiał inicjatywy dowodowej w celu obalenia domniemania kontynuowania działalności zarobkowej.

Podnoszona przez wnioskodawcę okoliczność, że jego uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego znalazły potwierdzenie we wcześniejszym wyroku sądu, nie ma znaczenia dla rozstrzygnięcia, bowiem wnioskodawca został

pozbawiony prawa do tego świadczenia w oparciu o inną podstawę prawną (nienależne świadczenie), która nie była przedmiotem rozważań sądu rozpoznającego sprawę o świadczenie rehabilitacyjne w związku ze stanem zdrowia wnioskodawczy.

Sąd Rejonowy także prawidłowo dokonał oceny możliwości żądania zwrotu świadczenia, dokonując prawidłowej wykładni art. 84 ustawy systemowej.

Zgodnie z art. 84 ustawy z dnia 13 października 1998 r 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.

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.

Kwoty nienależnie pobranych świadczeń ustalone prawomocną decyzją oraz kwoty odsetek i kosztów upomnienia, zwane dalej "należnościami z tytułu nienależnie pobranych świadczeń", podlegają potrąceniu z wypłacanych świadczeń, a jeżeli prawo do świadczeń nie istnieje - ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

Jeżeli osoba pobierająca świadczenia zawiadomiła organ wypłacający te świadczenia o zajściu okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty, a mimo to świadczenia były nadal wypłacane, kwoty nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych podlegają zwrotowi bez odsetek za zwłokę.

Sąd Rejonowy w sposób uzasadniony przyjął, że wnioskodawca był prawidłowo pouczony przez ZUS o konieczności informowania o zmianie okoliczności mających wpływ na prawo do świadczenia rehabilitacyjnego, w tym, m.in. o braku takiego prawa w przypadku kontynuowania działalności zarobkowej stanowiącej tytuł do ubezpieczeń. Mimo to nie wskazał w oświadczeniu składanym do ZUS, że działalność prowadzi, ograniczył się do wskazania, że stracił zatrudnienie. W tej sytuacji zasadnym było orzeczenie o zwrocie kwoty objętej zaskarżoną decyzją jako nienależnym świadczeniu, mimo wcześniejszej wypłaty tego świadczenia na mocy orzeczenia sądu.

Wyrok Sądu Rejonowego w pełni zatem odpowiada prawu.

Biorąc powyższe pod uwagę, Sąd Okręgowy na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację, jako bezzasadną.

Przewodnicząca: Sędziowie: