

## UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 25 stycznia 2021 roku Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi, X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, w sprawie sygn. akt X U 926/18 z odwołania M. J. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddziału w Ł. z dnia 13 września 2018r, nr (...), zmienionej decyzją z dnia 05 września 2019r, nr (...) w zakresie odsetek ustawowych

1/ umorzył postępowanie w sprawie, w części obejmującej odwołanie w zakresie obowiązku zwrotu odsetek ustawowych na kwotę 288,38 zł,

2/ oddalił odwołanie w pozostałej części.

Powyższe orzeczenie zapadło w oparciu o następujące ustalenia faktyczne.

M. J. był niezdolny do pracy w okresie od 21 stycznia 2016 roku do 19 lutego 2016 roku, a organ rentowy dokonał za ten okres wypłaty zasiłku chorobowego w kwocie wskazanej w zaskarżonej decyzji i niekwestionowanej.

Decyzją z dnia 23 marca 2017 roku organ rentowy stwierdził, że M. J.- żona wnioskodawcy- nie podlega ubezpieczeniom społecznym w okresie od

1 czerwca 2015 roku do 30 listopada 2016 roku jako zleceniobiorca w ramach prowadzonej przez wnioskodawcę działalności gospodarczej, natomiast podlega obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym w w/w okresie z tytułu współpracy przy pozarolniczej działalności gospodarczej małżonka. Ponadto, w/w decyzją określono nowe /wyższe niż poprzednio/ podstawy wymiaru składek.

W związku z korektami dokonany na podstawie powyższej decyzji (o których powiadomiono wnioskodawcę pismem z dnia 04 października 2017r na koncie wnioskodawcy powstała niedopłata, a Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. nie wyraził zgody na opłacenie przez wnioskodawcę po terminie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za okres od czerwca 2015 roku do listopada 2016 roku. Na uzasadnienie stanowiska organ rentowy podniósł, że u wnioskodawcy, jako płatnika składek nadal występuje zadłużenie.

Decyzja z dnia 23 marca 2017 roku uprawomocniła się. M.J. mimo to w dniu 13 października 2017r wyrejestrował żonę, jako osobę współpracującą, ale od dnia 01 czerwca 2015r.

Decyzją z dnia 24 maja 2018 roku organ rentowy stwierdził, że wnioskodawca jest dłużnikiem ZUS z tytułu nieopłaconych składek na ubezpieczenia społeczne określonych, co do wysokości. Odwołanie od tejże decyzji oddalił w dniu 15 października 2018r Sąd Okręgowy w sprawie VIIIU 1559/18.

Decyzją z dnia 28 sierpnia 2018 roku organ rentowy odmówił wznowienia postępowania w sprawie decyzji z dnia 23 marca 2017 roku, w związku z wnioskiem pełnomocnika wnioskodawcy o stwierdzenie nieważności wskazanej wyżej decyzji, ewentualnie o wznowienie postępowania w sprawie ustalenia podlegania ubezpieczeniom społecznym. Na uzasadnienie stanowiska ZUS wskazał, że strony nie przedłożyły nowych dowodów, a wyrejestrowanie M. J. z ubezpieczenia z tytułu współpracy w dniu 13 października 2017r, ale za okres wsteczny od dnia 01 czerwca 2015r, nie stanowi nowej okoliczności w sprawie.

Wnioskodawca odwołał się od w/w decyzji z dnia 28 sierpnia 2018 roku, a Sąd Okręgowy wyrokiem z dnia 17 maja 2019 roku w sprawie VIII U 2143/18 odwołanie oddalił z uwagi na to, że okoliczność w postaci wyrejestrowania żony wnioskodawcy z ubezpieczeń społecznych byłaby podstawą do wznowienia postępowania wówczas, gdyby istniała w dniu 23 marca 2017r (tj. w dniu wydania decyzji w sprawie, w której postępowanie miałyby podlegać wznowieniu). Tak jednak nie było, ponieważ wyrejestrowanie nastąpiło dopiero w dniu 13 października 2017r., więc fakt ten nie

mógł być podstawą do wznowienia postępowania w sprawie podlegania wnioskodawcy ubezpieczeniom społecznym. Wnioskodawca ostatecznie wycofał apelację od w/w wyroku.

Decyzją z dnia 31 sierpnia 2018 roku (prawomocną) Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. odmówił M. J. prawa do zasiłku chorobowego od dnia 21 stycznia 2016 roku do dnia 19 lutego 2016 roku z uwagi na brak ubezpieczenia chorobowego od 1 czerwca 2015 roku – wskazując, że za czerwiec 2015 roku nie została opłacona w ustawowym terminie składka na to ubezpieczenie (na podstawie art. 1 ust.1 i art. 6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 1368 ze zm.).

W oparciu o tak ustalony zasadniczo niesporny stan faktyczny Sąd Rejonowy uznał, iż wniesione odwołanie w części dotyczącej odsetek podlega umorzeniu w pozostałym zakresie nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd wskazał, iż po wydaniu w dniu 5 września 2019 roku decyzji zmieniającej, którą ZUS zobowiązał wnioskodawcę do zwrotu odsetek od nienależnie pobranego zasiłku chorobowego, ale naliczanych dopiero za okres od dnia doręczenia zaskarżonej decyzji, przedmiotem rozpoznania pozostało wyłącznie zobowiązanie wnioskodawcy do zwrotu zasiłku chorobowego. W związku z powyższą decyzją, należało uznać, że organ rentowy w części uwzględnił odwołanie, bowiem wydał w toku rozpoznawania odwołania rozstrzygnięcie korzystne dla wnioskodawcy, bo usuwające obowiązek zwrotu odsetek ustawowych od kwoty roszczenia głównego, naliczanych za okres od dnia po dniu wydania ocenianej decyzji. Wnioskodawca nie sprecyzował w odwołaniu, dlaczego w jego ocenie i w jakim zakresie rozstrzygnięcie w przedmiocie odsetek jest wadliwe. W związku z tym korzystne zakończenie kwestii naliczenia odsetek skutkowało w tym właśnie zakresie umorzeniem postępowania na podstawie art. 477<sup>13</sup> § 1 kpc.

W pozostałym zakresie odwołanie Sąd ocenił jako bezzasadne. Sąd wskazał, iż w związku z prawomocną decyzją z dnia 31 sierpnia 2018 roku, którą ZUS odmówił M. J. prawa do zasiłku chorobowego od dnia 21 stycznia 2016 roku do dnia 19 lutego 2016 roku z uwagi na brak ubezpieczenia chorobowego od 1 czerwca 2015 roku, a także w związku z prawomocnym wyrokiem Sądu Okręgowego z dnia 17 maja 2019 roku w sprawie VIII U 2143/18, poprawność rozstrzygnięcia zawartego w ocenianej decyzji nie powinna już budzić wątpliwości wnioskodawcy. Co, istotne decyzją z dnia 23 marca 2017 roku organ rentowy stwierdził także, że M. J. nie podlega ubezpieczeniom społecznym w okresie od 1 czerwca 2015 roku do 30 listopada 2016 roku jako zleceniobiorca w ramach prowadzonej działalności gospodarczej męża, natomiast podlega obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym w w/w okresie z tytułu współpracy przy tejże pozarolniczej działalności gospodarczej. Wskazane rozstrzygnięcia przekładają się na kwestie rozliczenia składek i konieczność korygowania rozliczeń, a tym samym, na zaleganie przez wnioskodawcę z zapłatą składek.

Sąd wskazał, że skoro decyzją z dnia 31 sierpnia 2018 roku, odmówiono M. J. prawa do zasiłku chorobowego od dnia 21 stycznia 2016 roku do dnia 19 lutego 2016 roku, to świadczenie pobrane za wskazany okres nie było należne, a wnioskodawca winien je zwrócić.

Zgodnie z art. 1 ust.1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U z 2019 r. poz. 870, z późn. zm.) 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 2020 r. poz. 266, z późn. zm), zwanym dalej "ubezpieczonymi". Zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego (art. 6 ust 1 ustawy zasiłkowej).

Zgodnie z art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje 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.

W niniejszej sprawie składki za okres od czerwca 2015 roku do listopada 2016 roku należało uznać za opłacone po ustawowym terminie lub w niepełnej wysokości, ponieważ na koncie wnioskodawcy powstała niedopłata spowodowana korektami dokonanymi na podstawie decyzji ZUS stwierdzającej, że M. J. podlega ubezpieczeniom jako osoba współpracująca przy prowadzonej przez wnioskodawcę działalności gospodarczej. Korekty wiązały się z koniecznością określenia innych podstaw wymiaru składek dla ubezpieczenia żony wnioskodawcy uznanej ostatecznie nie za zleceniobiorcę, a za współprowadzącą z mężem działalność gospodarczą. Rozstrzygnięcie w tym zakresie w chwili wyrokowania było ostateczne i prawomocne, ponieważ opisywaną już wcześniej decyzją Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. odmówił wznowienia postępowania w przedmiocie podlegania M. J. ubezpieczeniom społecznym. Sąd Okręgowy w Łodzi w wyroku z dnia 17 maja 2019 roku podzielił stanowisko organu rentowego i oddalił odwołanie w przedmiocie wznowienia w/w postępowania.

Wnioskodawca nie podlegał zatem dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 1 czerwca 2015 roku, gdyż już za czerwiec 2015 roku nie została opłacona prawidłowa i należna składka na to ubezpieczenie w ustawowym terminie. W dniu 7 sierpnia 2018 nie wyrażono zgody na opłacenie przez wnioskodawcę po terminie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za okres od czerwca 2015 roku do listopada 2016 roku.

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, 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 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.

Wnioskodawca jako płatnik składek wprowadził organ rentowy w błąd w zakresie podstawy podlegania ubezpieczeniom społecznym współpracującej M. J. co skutkowało zmianą wysokości składek, a co za tym idzie powstaniem niedopłaty. To z kolei doprowadziło do ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z uwagi na nieterminowe i w niewłaściwych kwotach opłacanie składek.

Istotną cechą konstrukcyjną tego rodzaju "błędu", odróżniającą go od innych uchybień organów rentowych lub odwoławczych, jest istnienie mylnego wyobrażenia organu o stanie uprawnień wnioskodawcy, które powstało na skutek świadomego zachowania osoby pobierającej świadczenie (por. R. Babińska, Pojęcie i rodzaje błędu, s. 56). Judykatura zakreśla szeroko ramy zachowań kwalifikowanych jako świadome wprowadzenie w błąd organu ubezpieczeń społecznych jako działania ubezpieczonego polegające na bezpośrednim oświadczeniu nieprawdy, przemilczeniu faktu mającego wpływ na prawo do świadczeń, złożeniu wniosku w sytuacji oczywiście niezasadniającej powstania prawa do świadczenia oraz okoliczność domniemanego współdziałania wnioskodawcy z innymi podmiotami we wprowadzeniu w błąd organu rentowego (wyr. SN z 5.4.2001 r., II UKN 309/00, OSNP 2003, Nr 2, poz. 44; wyr. SN z 8.1.1999 r., II UKN 406/98, OSNAPiUS 2000, Nr 5, poz. 196; wyr. SN z 29.7.1998 r., II UKN 147/98, OSNAPiUS 1999, Nr 14, poz. 471; wyr. SN z 20.5.1997 r., II UKN 128/97, OSNAPiUS 1998, Nr 6, poz. 192; wyr. SN z 14.4.2000 r., II UKN 500/99, OSNAPiUS 2001, Nr 20, poz. 623). Przesłankę obowiązku zwrotu świadczeń,

korzystanie z nich w złej wierze, tj. bez podstawy prawnej, ze świadomością nienależności świadczeń, w w/w przepisie rozszerzono poza kategorię "złej wiary".

W uchw. SN z 16.10.2009 r. (I UZP 10/09, OSNP 2010, Nr 7–8, poz. 96 z glosą I. Sierockiej, OSP 2011, Nr 7–8, poz. 88) oraz wyr. SN z 11.12.2007 r. (I UK 145/07, OSNP 2009, Nr 1–2, poz. 28) przyjęto, że okres, za który organ rentowy może żądać zwrotu nienależnie pobranego świadczenia, należy liczyć jako 3 lata wstecz od daty wydania decyzji zobowiązującej do zwrotu tego świadczenia, a nie wstecz od daty wstrzymania wypłaty świadczenia. Zgodnie z obecnym poglądem jest to okres liczony do ostatniej wypłaty (pobrania) nienależnego świadczenia (uchw. SN(7) z 16.5.2012 r., III UZP 1/12, OSNP 2012, Nr 23–24, poz. 290).

Mając powyższe na uwadze Sąd Rejonowy uznał, że w sprawie zostały spełnione przesłanki zobowiązania do zwrotu zasiłku chorobowego pobranego przez wnioskodawcę w spornym okresie.

Wnioskodawca-prowadzący doradztwo finansowe i podatkowe- zgłaszał żonę do ubezpieczeń określając tytuły podlegania w oparciu o formalne podstawy w postaci umów zlecenia. Jednocześnie miał świadomość rzeczywistych okoliczności w jakich miała miejsce współpraca żony przy prowadzeniu działalności, zakresu jej prac, a także zasad podlegania ubezpieczeniom jako współprowadzącej działalność (bardziej kosztowne niż przy zleceniach). Jednocześnie, ani on ani jego żona nie odwołali się od decyzji ZUS z dnia 23 marca 2017r, w której ZUS ocenił stan faktyczny i dokonał stwierdzenia z jakiego tytułu żona wnioskodawcy w istocie podlegała ubezpieczeniom i jakie powinny być w związku z tym obciążenia. W tej sytuacji oczywiste jest, że wnioskodawca godził się z oceną ZUS, miał bowiem świadomość że poprzednio nieprawidłowo zgłosił żonę jako zleceniobiorcę co skutkowało zaniżonymi składkami. W ten sposób wprowadził ZUS w błąd, świadomie, bo trudno uznać, że osoba usługowo zajmująca się doradztwem podatkowym i finansowym, nie miała świadomości co do zasad pobierania zasiłku. W dniu korzystania ze świadczeń z ubezpieczenia społecznego wnioskodawca wiedział, że ujawnienie żony jako współprowadzącej działalność skutkować będzie wyższymi składkami, a powstałe niedopłaty wpłyną na przebieg jego ubezpieczenia. Korekty na kontach małżonków doprowadzą natomiast do licznych niedopłat, a w przypadku ubezpieczenia chorobowego skutkować to będzie oceną, że w pewnym momencie ubezpieczenie chorobowe dobrowolnie ustanie. Osoba nieubezpieczona chorobowo nie ma natomiast prawa do zasiłku. Wnioskodawca celowo dokonał w/w zgłoszeń i podjął określone decyzje, aby uniknąć wyższych obciążeń z tytułu składek za żonę. Winien więc liczyć się z konsekwencjami, którymi w tym przypadku będzie nie tylko wyrównanie wyższych składek za osobę współpracującą, ale i zwrot zasiłku chorobowego pobranego w okresie, w którym ubezpieczenie chorobowe nie istniało z uwagi na zadłużenie na funduszu chorobowy.

Kwestia zasad rozliczenia składek i zadłużenia wnioskodawcy z tego tytułu była już podstawą badania przez sąd w sprawie VIIIU1559/18. Wnioskodawca nie utrzymał się ze swoim odwołaniem, a kwestia zadłużenia i jego wysokości, w tym na ubezpieczenie chorobowe wnioskodawcy została ostatecznie rozstrzygnięta.

Sąd ubezpieczeń społecznych jest związany decyzją ZUS, od której strona nie wniosła odwołania w sposób przewidziany w przepisach Kodeksu postępowania cywilnego, bądź nie podważyła jej skuteczności. Sąd Najwyższy w wyroku z 29 stycznia 2008 r. (I UK 173/07, OSNP 2009/5–6/78), stwierdził, że sąd ubezpieczeń społecznych jest związany ostateczną decyzją, ZUS z uwagi na zasadę domniemania prawidłowości aktów administracyjnych, zgodnie z którą wywołują one skutki prawne i wiążą inne organy państwowe, w tym sądy.

Dopóki decyzja ostateczna nie zostanie w sposób wiążący uchylona przez kompetentny organ administracji lub sąd administracyjny z powodu jej nielegalności lub nieważności, to sąd powszechny nie mający przyznanej ustawowej kompetencji do zniesienia obowiązywania decyzji administracyjnej, musi uznawać akt mający wszystkie cechy decyzji za wiążący i ważny.

Sąd Rejonowy podniósł, iż w przedmiotowej sprawie był związany wszystkimi wymienionymi powyżej ostatecznymi decyzjami ZUS, którymi ukształtowany został stan faktyczny sprawy. W tej sytuacji podstawa rozstrzygnięcia została określona w sposób, którego sąd nawet nie mógł kwestionować. Zwłaszcza, że szereg decyzji ZUS istotnych dla wyniku sporu zostało już poddanych sądowemu badaniu co znalazło wyraz w prawomocnych wyrokach, wiążących również

inne sądy. Świadczenie wypłacone wnioskodawcy za okres od 21 stycznia 2016 roku do 19 lutego 2016 roku było więc świadczeniem pobranym nienależnie, podlegającym zwrotowi.

Zgodnie z art.98 kpc w zw. z art. 100 i 102 kpc Sąd odstąpił od obciążania strony pozwanej kosztami zastępstwa procesowego wnioskodawcy od części roszczenia uwzględnionego przez ZUS, tj. w zakresie odsetek ustawowych. Sąd wskazał, iż minimalna stawka wynagrodzenia w tego typu sprawach wynosi 180 zł i dzielenie jej na jeszcze mniejsze kwoty, aby przyznać wynagrodzenie pełnomocnika wnioskodawcy byłoby niecelowe.

Apelację od powyższego orzeczenia w części oddalającej powództwo wniósł wnioskodawca reprezentowany przez pełnomocnika.

Zaskarżonemu wyrokowi zarzucił:

1. naruszenie prawa procesowego, które miało wpływ na wynik sprawy, a to przepisów art. 233 §1 kpc w zw. z art. 328 §2 kpc w zw. z art. 6 kc i art. 232 kpc poprzez dokonanie dowolnej oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego w zakresie ustalenia, że ubezpieczony świadomie wprowadził organ rentowy w błąd co do podstaw wypłaty świadczenia, a nadto, że świadczenie z tytułu wypłaconego zasiłku było nienależne, pomimo braku podstaw do takiej oceny,

2. naruszenie prawa materialnego, a to przepisów art. 66 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa w zw. z art. 84 ust. 1,2 i 3 oraz art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie polegające na uznaniu, że spełnione są przesłanki orzeczenia o obowiązku zwrotu zasiłku chorobowego, pomimo braku ku temu podstaw.

Mając powyższe na uwadze skarżący wniósł o:

1. zmianę wyroku w zaskarżonej części poprzez orzeczenie odmiennie co do istoty sprawy i uwzględnienie odwołania oraz zasądzenie na rzecz ubezpieczonego kosztów postępowania przed Sądem I instancji, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych,

2. zasądzenie od pozwanej na rzecz powódki zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych,

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

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

Zaskarżony wyrok Sądu Rejonowego jest prawidłowy i znajduje oparcie zarówno w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym, jak i obowiązujących przepisach prawa.

Art. 233 § 1 k.p.c. stanowi, iż sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Sąd dokonuje oceny wszystkich dowodów przeprowadzonych w postępowaniu, jak również wszelkich okoliczności towarzyszących przeprowadzaniu poszczególnych dowodów, mających znaczenie dla ich mocy i wiarygodności (tak np. Sąd Najwyższy w uzasadnieniu orzeczenia z 11 lipca 2002 roku, IV CKN 1218/00, LEX nr 80266). Ramy swobodnej oceny dowodów są określone wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego, regułami logicznego myślenia oraz pewnym poziomem świadomości prawnej, według których sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i ważąc ich moc oraz wiarygodność, odnosi je do pozostałego materiału dowodowego (tak też Sąd Najwyższy w licznych orzeczeniach, np. z dnia 19 czerwca 2001 roku,

II UKN 423/00, OSNP 2003/5/137). Poprawność rozumowania sądu powinna być możliwa do skontrolowania, z czym wiąże się obowiązek prawidłowego uzasadniania orzeczeń (art. 327<sup>1</sup> § 1 kpc poprzednio art. 328 § 2 k.p.c.).

Skuteczne postawienie zarzutu naruszenia przez sąd art. 233 § 1 k.p.c. wymaga zatem wykazania, iż sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego. Natomiast zarzut dowolnego i fragmentarycznego rozważenia materiału dowodowego wymaga dla swej skuteczności konkretyzacji, i to nie tylko przez wskazanie przepisów procesowych, z naruszeniem których apelujący łączy taki skutek, lecz również przez określenie, jakich dowodów lub jakiej części materiału zarzut dotyczy, a ponadto podania przesłanek dyskwalifikacji postępowania sądu pierwszej instancji w zakresie oceny poszczególnych dowodów na tle znaczenia całokształtu materiału dowodowego oraz w zakresie przyjętej podstawy orzeczenia.

W ocenie Sądu Okręgowego, dokonana przez Sąd Rejonowy ocena zgromadzonego w postępowaniu materiału dowodowego jest – wbrew twierdzeniom apelującego – prawidłowa. Zarzuty skarżącego sprowadzają się w zasadzie jedynie do polemiki ze stanowiskiem Sądu i interpretacją dowodów dokonaną przez ten Sąd i jako takie nie mogą się ostać. Apelujący przeciwstawia bowiem ocenie dokonanej przez Sąd pierwszej instancji swoją analizę zgromadzonego materiału dowodowego i własny pogląd na sprawę, w zakresie ustalenia, że ubezpieczony świadomie wprowadził Organ rentowy w błąd co do podstaw wypłaty świadczenia, a nadto, że świadczenie z tytułu wypłaconego zasiłku było nienależne, pomimo braku podstaw do takiej oceny.

Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego.

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 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.

W myśl art. 84 ust. 1 i 2 ustawy systemowej 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.

Zgodnie z art. 6 kc. w zw. z art. 232 kpc. strony są obowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. Dowód istnienia przesłanek zwrotu świadczenia nienależnego obciąża organ rentowy / wyr. SN z dnia 9.02.2017 r. II UK 699/15 opubl. Legalis nr 1587575/

Na gruncie rozpoznawanej sprawy w chwili obecnej bezspornym jest, że prawo wnioskodawcy do zasiłku chorobowego za okresy objęte decyzją organu rentowego nie istniało – co potwierdza prawomocna decyzja z dnia 31 sierpnia 2018 r. odmawiająca M. J. prawa do zasiłku chorobowego z uwagi na brak ubezpieczenia chorobowego od 1 czerwca 2015 r. Niemniej jednak podstawowym warunkiem uznania, iż wypłacone świadczenie podlega zwrotowi, zgodnie z art. 84 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia

13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585 ze zm.) jest brak prawa do świadczenia oraz posiadanie świadomości tego faktu przez osobę przyjmującą świadczenie w związku ze stosownym pouczeniem (por wyrok SA Szczecin z dnia 06-12-2012 III AUa 548/12 - wyrok SN - Izba Pracy z dnia 02-12-2009 I UK 174/09). Nienależnie pobrane świadczenie jest także wówczas gdy zostało wypłacone na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenie (wyrok s.apel. w Rzeszowie 2015.02.25 III AUa 855/14 LEX nr 1665127). Sam fakt braku prawa wnioskodawcy do świadczeń nie jest zatem jeszcze tożsamy z obowiązkiem ich zwrotu. W prawie ubezpieczeń społecznych, w którym pojęcie nienależnego świadczenia obejmuje także 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 bowiem osoby, która uzyskała świadczenia na podstawie nieprawdziwych zeznań lub dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd instytucji ubezpieczeniowej. (...) 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 /por. wyrok SN z 9 lutego 2017 r. II UK 699/15 opubl L. r. (...).

Tym samym Sąd Okręgowy stoi na stanowisku, iż warunkiem zwrotu świadczeń nieprawidłowo wypłaconych jest ustalenie obok braku prawa do świadczenia, winy wnioskodawcy, tj. jego świadomości w zakresie poboru świadczeń, do których nie ma tytułu prawnego, bądź też świadomego wprowadzenia w błąd organu rentowego co do okoliczności warunkujących wypłatę świadczeń. Prawo ubezpieczeń społecznych nie wykształciło własnej definicji winy. Przyjmuje się, że świadomym wprowadzeniem w błąd jest umyślne działanie świadczeniobiorcy, które ma postać zamiaru bezpośredniego lub zamiaru ewentualnego. W rozumieniu art. 84 ust. 2 pkt 2 u.s.u.s. błąd stanowi więc następstwo świadomego działania pobierającego świadczenie, determinowanego wolą wywołania przekonania po stronie organu, iż zostały spełnione warunki nabycia prawa do świadczenia lub świadczenia o określonej wysokości. Swoistym przypadkiem świadomego wprowadzenia organu rentowego w błąd jest tzw. przemilczenie.

W ocenie Sądu Okręgowego wbrew zapatrywaniom apelacji, brak jest podstaw do uznania, iż na gruncie rozpoznawanej sprawy nie sposób mówić o świadomym wprowadzeniu przez wnioskodawcę w błąd organu rentowego i świadomym poborze świadczeń, do których wnioskodawca nie miał tytułu prawnego. Nie można zgodzić się z apelującym, iż w trakcie pobierania zasiłku chorobowego wnioskodawca nie wiedział - nie miał świadomości, że jest on nienależny z uwagi na niepodleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Brak jest podstaw do uznania, iż wiedza w zakresie niepodlegania ubezpieczeniu chorobowemu z wskazany okres powstała u wnioskodawcy post fatum.

Bezspornym jest, iż wnioskodawca utracił prawo do świadczeń zasiłkowych z uwagi na skuteczne zakwestionowanie przez organ rentowy przebiegu ubezpieczenia jego żony, które skutkowało: obowiązkiem zapłaty składek na ubezpieczenia społeczne za M. J., powstaniem niedopłaty na koncie wnioskodawcy i ustaniem jego dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Podnieść należy, iż wnioskodawca, decyzji określającej tytuł ubezpieczenia społecznego swojej żony nie kwestionował, co uzasadnia stwierdzenie, że w błędny sposób zgłosił żonę do ubezpieczeń. W ocenie Sądu w tym stanie rzeczy nie sposób kwestionować świadomości wnioskodawcy co do braku prawa do świadczeń za sporny okres.

Jeszcze raz podnieść należy, iż świadomym wprowadzeniem w błąd jest umyślne działanie świadczeniobiorcy, które ma postać zamiaru bezpośredniego lub zamiaru ewentualnego. W rozumieniu art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, błąd stanowi następstwo świadomego działania pobierającego świadczenie, determinowanego wolą wywołania przekonania po stronie organu, że zostały spełnione warunki nabycia prawa do świadczenia lub świadczenia o określonej wysokości. Ów błąd wiąże się zawsze z pierwotną wadliwością rozstrzygnięć organu rentowego lub odwoławczego, z etapem ustalania prawa do świadczeń, a jego istotną cechą konstrukcyjną, odróżniającą od innych uchybień, jest istnienie fałszywego wyobrażenia organu o stanie uprawnień wnioskodawcy, wywołanego na skutek świadomego zachowania osoby pobierającej świadczenie. Zakreśla się szeroko ramy zachowań kwalifikowanych jako

świadome wprowadzenie w błąd organu rentowego lub odwoławczego. Zalicza się do nich zarówno bezpośrednie oświadczenie nieprawdy we wniosku o świadczenie, jak i przemilczenie przez wnioskodawcę faktu mającego wpływ na prawo do świadczenia, złożenie wniosku w sytuacji oczywiście nieuzasadniającej powstania prawa do świadczenia oraz okoliczność domniemanego współdziałania wnioskodawcy z innymi podmiotami we wprowadzeniu w błąd organu rentowego /III UK 217/18 - wyrok SN - Izba Pracy z dnia

11-09-2019/. Świadomość nienależności świadczenia może więc wynikać z zawinonego działania osoby, która spowodowała wypłatę świadczeń.

Wnioskodawca w sposób nieprawidłowy określił sposób zgłoszenia M. J. do ubezpieczeń. Mając w szczególności na uwadze zawodowy charakter działalności przedsiębiorcy (art. 355 § 2 k.c.), obowiązek jego starannego działania jak i profesję wnioskodawcy prowadzącego doradztwo finansowe i podatkowe, brak jest podstaw do uznania, iż nieprawidłowo zgłaszając żonę do ubezpieczeń, działał w sposób niezawiniony. Wnioskodawca dokonując wskazanych czynności winien działać z należytą starannością oczekiwaną od profesjonalisty. Jeśli nawet zgłoszenie nieprawidłowe w tym zakresie było wynikiem jej braku, okoliczność ta obciąża całkowicie wnioskodawcę. Wnioskodawca winien mieć świadomość rzeczywistych okoliczności w jakich miała miejsce współpraca jego żony przy prowadzeniu działalności. Tym samym nieprawidłowe zgłoszenie do ubezpieczeń bez należytego rozeznania co do prawidłowości tej czynności, traktować należy jako działanie rażąco niedbałe. W konsekwencji wnioskodawca działał co najmniej z zamiarem ewentualnym wprowadzenia organu rentowego w błąd. Tym samym obciążenie go konsekwencjami nieprawidłowego zgłoszenia i dalszymi tego skutkami dla przebiegu jego własnego ubezpieczenia jest jak najbardziej prawidłowe. Zasłanianie się w tym zakresie niewiedzą, brakiem świadomości nie może zostać zaakceptowane. Podnieść należy, iż w spornym okresie nie sposób przyjąć że wnioskodawca działał w usprawiedliwionym przekonaniu, iż posiada prawo do zasiłku chorobowego i podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, bowiem opłacał składki, przedkładał zwolnienia lekarskie, na podstawie których otrzymywał zasiłek chorobowy. Wnioskodawca winien liczyć się z okolicznościami, w jakich zgłosił żonę do ubezpieczeń, nie może więc z nich wywodzić dla siebie korzystnych skutków procesowych.

Z tych też względów żądanie zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego od wnioskodawcy jest w pełni uprawnione.

Biorąc powyższe pod uwagę Sąd Okręgowy w Łodzi na podstawie art. 385 kpc apelację wnioskodawcy, jako całkowicie bezzasadną oddalił.

J.L.

Przewodniczący: Sędziowie: