

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 13 marca 2018 r. znak (...), numer sprawy (...) - (...)6000- (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.:

1. odmówił A. K. prawa do:

- zasiłku opiekuńczego za okresy: 10-14 maja 2017 r., 24-31 maja 2017 r., 29 czerwca – 1 lipca 2017 r.,

- zasiłku chorobowego za okres od 5 sierpnia 2017 r. do 7 lutego 2018 r.,

- zasiłku macierzyńskiego za okres od 5 sierpnia 2017 r. do 7 lutego 2018 r.

2. zobowiązał A. K. do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego za wszystkie wskazane okresy w łącznej kwocie 15 019,65 zł z odsetkami od dnia doręczenia decyzji.

Uzasadniając zajęte stanowisko organ rentowy wskazał, że adresatka decyzji, choć przystąpiła do ubezpieczeń społecznych z tytułu działalności pozarolniczej, takowej działalności nie wykonywała, a jedynie zarejestrowała ją celem uzyskania wysokich świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. W istocie zatem nie podlegała ubezpieczeniom społecznym (co stwierdzono uprzednio wydaną decyzją z dnia 20 lutego 2018 r.), a pobrane przez nią w przeszłości świadczenia jako nienależne podlegają zwrotowi.

Ubezpieczona wniosła odwołanie od decyzji organu domagając się ustalenia, że ma prawo do objętych decyzją świadczeń, a w konsekwencji nie istnieje po jej stronie obowiązek zwrotu tychże. A. K. powołała się na zaskarżenie decyzji o niepodleganiu ubezpieczeniom społecznym, a nadto wskazała, że nie zachodzą, nawet przy założeniu słuszności wyłączenia z ubezpieczeń, przesłanki do uznania świadczeń za nienależnie pobrane. Wreszcie podniosła zarzut przedawnienia co do świadczeń wypłaconych za okres wcześniejszy niż 3 lata poprzedzające wydanie decyzji.

Organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania podtrzymując argumentację wyrażoną w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji.

Decyzją z dnia 24 kwietnia 2018 r. znak (...), numer sprawy 390000/604/CW/00169415/2018/ZAS Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.:

1. odmówił A. K. prawa do:

- zasiłku chorobowego za okresy: 1 września – 6 października 2013 r., 6-31 października 2014 r., 7 listopada 2014 r. – 14 stycznia 2015 r., 1-11 lutego 2015 r., 23 lutego – 3 kwietnia 2015 r., 20-26 kwietnia 2015 r., 6 maja – 1 czerwca 2015 r., 15-26 czerwca 2015 r., 30 czerwca – 24 sierpnia 2015 r., 16-18 listopada 2015 r., 9 – 24 grudnia 2015 r., 15-21 lutego 2016 r., 14-30 kwietnia 2016 r., 12-27 maja 2016 r., 9 czerwca – 7 grudnia 2016 r.,

- zasiłku macierzyńskiego za okres od 7 października 2013 r. do 5 października 2014 r.,

- zasiłku opiekuńczego za okresy: 15-31 stycznia 2015 r., 4-19 kwietnia 2015 r., 27 kwietnia – 5 maja 2015 r., 2-5 czerwca 2015 r., 11-20 stycznia 2016 r., 3-14 lutego 2016 r., 22 lutego – 4 marca 2016 r., 9-13 kwietnia 2016 r., 2-11 maja 2016 r., 28 maja – 5 czerwca 2016 r., 16 lutego – 17 marca 2017 r.

2. zobowiązał A. K. do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego za wszystkie wskazane okresy w łącznej kwocie 281 609,55 zł z odsetkami od dnia doręczenia decyzji.

Ubezpieczona złożyła odwołanie od tej decyzji z wnioskami i uzasadnieniem analogicznym do decyzji z 13 marca 2018 r.

Organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania, także podtrzymując argumentację wyrażoną w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji.

Obie strony wystąpiły o zwrot kosztów procesu.

Postanowieniem z 8 sierpnia 2018 r. (k. 79) sąd połączył sprawy z odwołania od obu decyzji do wspólnego rozpoznania i orzekania.

Natomiast postanowieniem z dnia 7 czerwca 2018 r. (k. 29) sąd zawiesił postępowanie na podstawie art. 177 § 1 pkt 1 k.p.c. do czasu rozstrzygnięcia sprawy o podleganie ubezpieczeniom społecznym.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

A. K. zgłosiła się do ubezpieczeń społecznych z tytułu prowadzonej działalności pozarolniczej w postaci usług tłumaczenia od 12 sierpnia 2013r., będąc w ciąży od początku 2013 roku.

Niesporne

Od początku prowadzenia tej działalności ubezpieczona deklarowała i opłacała składki na ubezpieczenia społeczne od podstawy wynoszącej 9 350,13 zł.

Niesporne

Już od 1 września 2013 r. ubezpieczona, wskutek złożonych do (...) Oddziału w S. wniosków, w oparciu o zaświadczenia lekarskie o niezdolności do pracy z powodu choroby swojej lub dziecka oraz dokumenty potwierdzające urodzenie dziecka, pobierała świadczenia z ubezpieczenia chorobowego:

- 1 września – 6 października 2013 r. zasiłek chorobowy,
- 7 października 2013 r. do 5 października 2014 r. zasiłek macierzyński,
- 6-31 października 2014 r. zasiłek chorobowy,
- 7 listopada 2014 r. – 14 stycznia 2015 r. zasiłek chorobowy,
- 15-31 stycznia 2015 r. zasiłek opiekuńczy,
- 1-11 lutego 2015 r. zasiłek chorobowy,
- 23 lutego – 3 kwietnia 2015 r. zasiłek chorobowy,
- 4-19 kwietnia 2015 r. zasiłek opiekuńczy,
- 20-26 kwietnia 2015 r. zasiłek chorobowy,
- 27 kwietnia – 5 maja 2015 r. zasiłek opiekuńczy,
- 6 maja – 1 czerwca 2015 r. zasiłek chorobowy,
- 2-5 czerwca 2015 r. zasiłek opiekuńczy,
- 15-26 czerwca 2015 r. zasiłek chorobowy,

- 30 czerwca – 24 sierpnia 2015 r. zasiłek chorobowy,
- 16-18 listopada 2015 r. zasiłek chorobowy,
- 9 – 24 grudnia 2015 r. zasiłek chorobowy,
- 11-20 stycznia 2016 r. zasiłek opiekuńczy,
- 3-14 lutego 2016 r. zasiłek opiekuńczy,
- 15-21 lutego 2016 r. zasiłek chorobowy,
- 22 lutego – 4 marca 2016 r. zasiłek opiekuńczy,
- 9-13 kwietnia 2016 r. zasiłek opiekuńczy,
- 14-30 kwietnia 2016 r. zasiłek chorobowy,
- 2-11 maja 2016 r. zasiłek opiekuńczy,
- 12-27 maja 2016 r. zasiłek chorobowy,
- 28 maja – 5 czerwca 2016 r. zasiłek opiekuńczy,
- 9 czerwca – 7 grudnia 2016 r. zasiłek chorobowy,
- 16 lutego – 17 marca 2017 r. zasiłek opiekuńczy,
- 10-14 maja 2017 r. zasiłek opiekuńczy,
- 24-31 maja 2017 r. zasiłek opiekuńczy,
- 29 czerwca – 1 lipca 2017 r. zasiłek opiekuńczy,
- 5 sierpnia 2017 r. – 7 lutego 2018 r. zasiłek chorobowy,
- 6 lutego – 6 sierpnia 2018 r. zasiłek macierzyński,
- 7 sierpnia 2018 r. – 4 lutego 2019 r. zasiłek macierzyński za okres urlopu rodzicielskiego.

Organ rentowy nie wydawał decyzji przyznających zasiłki, a poprzestawał na wypłacie świadczeń.

Niesporne, a nadto: karty zasiłkowe w aktach zasiłkowych organu rentowego.

Wypłacone A. K. świadczenia z ubezpieczenia chorobowego za wymienione wyżej okresy wyliczone od podstawy wymiaru składek wskazanej przez ubezpieczoną odpowiadały łącznie kwocie brutto 296 629,20 zł.

Dowód: karta zasiłkowa – w aktach zasiłkowych organu

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. w latach 2014, 2016 i 2017 przeprowadził kontrole prawidłowości wystawienia zwolnień lekarskich A. K., nie podejmując żadnych wniosków pokontrolnych.

Dowód: przesłuchanie ubezpieczonej – k. 204.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. wszczął w 27 listopada 2017 r. postępowanie wyjaśniające w przedmiocie w przedmiocie prawidłowości zgłoszenia A. K. do ubezpieczeń społecznych.

Efektom przeprowadzonego postępowania było wydanie przez ten organ w dniu 20 lutego 2018 r. decyzji nr (...) stwierdzającej, iż A. K. nie podlega od 1 sierpnia 2013r. obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu, a dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu.

Dowód: decyzja nr (...) – k. 15, akta postępowania ZUS w przedmiocie prawidłowości zgłoszenia A. K. do ubezpieczeń społecznych – w załączniku

Od decyzji tej ubezpieczona wniosła odwołanie do Sądu Okręgowego w Szczecinie. Odwołanie to zostało oddalone wyrokiem Sądu Okręgowego z dnia 14 marca 2019r. sygn. akt VI U 1152/18, który stał się prawomocny wobec oddalenia wniesionej przez ubezpieczoną apelacji wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 23 grudnia 2019 r. sygn. akt III AUa 158/19.

Sąd Okręgowy uznał, iż ubezpieczona nie prowadziła działalności pozarolniczej i nie miała zamiaru jej prowadzenia, a pozorowała jej podjęcie w celu uzyskania wysokich świadczeń z ubezpieczeń społecznych w związku z przewidywaną niezdolnością do pracy warunkowana ciążą. Sąd Okręgowy podkreślił, że ubezpieczona nie uzyskała niemal żadnych dochodów z działalności, a jednocześnie będąc już w ciąży opłaciła składki od bardzo wysokiej podstawy wymiaru. Rozpoczęła korzystanie ze zwolnień lekarskich zaledwie po miesiącu od zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych.

Sąd Apelacyjny podzielił stanowisko sądu I instancji, że ubezpieczona faktycznie nie wykonywała działalności pozarolniczej, a jedynie pozorowała jej wykonanie. Jej wyraźnym celem było uzyskanie świadczeń z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Ubezpieczona wywiodła skargę kasacyjną od orzeczenia Sądu Apelacyjnego w Szczecinie. Sąd Najwyższy wyrokiem z 19 stycznia 2022 r. ((...) 101/21) oddalił skargę. W uzasadnieniu wskazano, że wiedząc od czasu wizyty w gabinecie ginekologicznym (to jest od 13 lutego 2013 r.) o ciąży, przystąpiła do ubezpieczeń społecznych z tytułu umowy zlecenia wykonywanej na rzecz męża z podstawą wymiaru składek w wysokości 250 zł i pozostawała w tym ubezpieczeniu od 1 czerwca do 31 lipca 2013 r. Będąc już w bardzo zaawansowanej ciąży (poród nastąpił 7 października 2013 r.), dokonała 1 sierpnia 2013 r. zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych z najwyższą w kontekście art. 20 ust. 3 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych podstawą wymiaru składek, zapewniając sobie okres karencji wymagany do nabycia prawa do zasiłku chorobowego oraz prawo do zasiłku macierzyńskiego, z wysoką w świetle art. 11 i art. 31 ustawy zasiłkowej kwotą świadczeń. Z powyższego zdaniem Sądu Najwyższego wynika, że ubezpieczona przed skorzystaniem z pierwszego zwolnienia lekarskiego prowadziła formalnie działalność jako przedsiębiorca jedynie przez minimalny okres oczekiwania wymagany do nabycia prawa do zasiłku chorobowego.

Zadeklarowana podstawa wymiaru składek pozostawała zaś w ocenie Sądu Najwyższego w rażącej dysproporcji do spodziewanych przez odwołującą się zysków ze zgłoszonej działalności gospodarczej. Zważywszy na przewidywany termin porodu, skarżąca zdawała sobie sprawę z tego, że tak wysokie składki będzie opłacała przez krótki okres czasu, po czym przez wiele miesięcy będzie pobierała wysokie świadczenia z ubezpieczenia chorobowego i macierzyńskiego. Przez cały sporny, pięcioletni okres, z niewielkimi tylko przerwami, ubezpieczona korzystała z zasiłków chorobowych, macierzyńskich i opiekuńczych. Wystawione przez nią w tym czasie rachunki za usługi świadczone w ramach zarejestrowanej działalności gospodarczej nie pokrywały opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne i Fundusz Pracy. Same zaś uiszczone przez skarżącą składki pozostawały w rażącej dysproporcji do pobranych przez nią świadczeń z ubezpieczenia chorobowego i macierzyńskiego. Należy poddać w wątpliwość przesłanki, w szczególności ekonomiczne, jakimi kierowała się ubezpieczona opłacając - tak na początku działalności, jak i w późniejszym okresie - składki na ubezpieczenia społeczne w maksymalnej wysokości, przy jednoczesnym przychodach rzędu: 3.275 zł w sierpniu 2013 r., 480 zł w lutym 2015 r., 225 zł w czerwcu 2015 r., 870 zł we wrześniu 2017 r. Opłacanie tak dużej składki przy równoczesnym braku starań o zwiększenie zysku, świadczyło o markowaniu działalności, zaś sama działalność od początku nie była nastawiona na zysk, chyba że za taki uznać spodziewane świadczenia z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Dowód: wyroki sądów dwóch instancji wraz z uzasadnieniami – k. – 109, wyrok Sądu Najwyższego z 19 stycznia 2022 r. z uzasadnieniem – k. 143-155v.

Sąd zważył, co następuje:

Zaskarżona w niniejszym postępowaniu decyzja organu rentowego podlegała częściowej zmianie.

Wskazana decyzja stanowiła następstwo wyłączenia A. K. z ubezpieczeń społecznych, w tym chorobowego, a w konsekwencji odpadnięcia przesłanki warunkującej w świetle przepisów ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (na dzień decyzji t.j. Dz. U. Dz.U. z 2017 r. poz. 1368), a ściśle rzecz ujmując art. 6 ust. 1, art.29 ust. 1 i art. 32 ust. 1 pkt 2 w zw. z art. 1 ust. 1 tej ustawy każde ze świadczeń (zasiłek chorobowy, macierzyński, opiekuńczy) objętych tym rozstrzygnięciem.

Zasady podlegania ubezpieczeniom społecznym, w tym ubezpieczeniu chorobowemu unormowane są w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (na dzień zaskarżonej decyzji t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1778), zwanej dalej ustawą systemową. Zgodnie z art. 11 ust. 2 ustawy systemowej zarówno w brzmieniu obowiązującym w okresach, za które organ dochodzi zwrotu świadczeń, jak i w dacie wydania zaskarżonej decyzji, osoby prowadzące działalność pozarolniczą mogły podlegać ubezpieczeniu chorobowemu dobrowolnie, jeśli były objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi.

Bezspornym pozostawało (świadczy o tym także jednoznacznie dokumentacja w aktach zasiłkowych), iż ubezpieczona wystąpiła o zasiłki chorobowy, macierzyński i opiekuńczy i takowe były jej wypłacane z tytułu, jaki stanowiło prowadzenie działalności gospodarczej.

Podleganie przez A. K. ubezpieczeniu społecznemu ze wskazanego tytułu stanowiło przedmiot postępowania przed organem rentowym zakończonego decyzją wyłączającą odwołującą się z ubezpieczeń społecznych (ustalającą, że nie podlega ona tym ubezpieczeniom) od dnia 1 sierpnia 2013r.

Decyzja ta została poddana kontroli sądowej w postępowaniu toczącym się przed Sądem Okręgowym w Szczecinie VI Wydziałem Ubezpieczeń Społecznych pod sygn. akt VI U 1152/18 zainicjowanym odwołaniem ubezpieczonej. Sąd I instancji oddalił odwołanie i wyrok ten jest prawomocny wobec oddalenia przez Sąd Apelacyjny w Szczecinie wywiedzionej od orzeczenia apelacji A. K.. Następnie Sąd Najwyższy oddalił skargę kasacyjną. Prawomocny wyrok sądu korzysta z powagi rzeczy osądzonej, co oznacza niemożność poczynienia w innym toczącym się postępowaniu ustaleń pozostających z nim w sprzeczności. Zgodnie bowiem z art. 365 § 1 k.p.c. orzeczenie prawomocne wiąże nie tylko strony i sąd, który je wydał, lecz również inne sądy i organy państwowe. Rozpoznając niniejszą sprawę Sąd Rejonowy związany przytoczonymi wyrokami nie mógł więc dokonywać samodzielnie ustaleń w zakresie podlegania A. K. ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. Wyrok, o jakim mowa, prowadzić musiał do przyjęcia, iż ubezpieczona nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu w datach powstania niezdolności do pracy - swojej i dzieci oraz datach porodów.

Wyплаты świadczeń z ubezpieczenia chorobowego nie poprzedziło wydanie decyzji je przyznających. Decyzji takich brak w aktach organu, praktyką ZUS jest zresztą ograniczanie decyzji w sprawach zasiłkowych do odmów świadczenia lub kwestii spornych, jak przykładowo podstawa wymiaru. Niemniej jednak samą wypłatę utożsamiać należy z pozytywnym rozstrzygnięciem o prawie do świadczeń. Zgodnie z art. 83a ust. 1 ustawy systemowej prawo lub zobowiązanie stwierdzone ostateczną decyzją Zakładu Ubezpieczeń Społecznych ulega ponownemu ustaleniu na wniosek osoby zainteresowanej albo z urzędu, jeżeli po uprawomocnieniu się decyzji zostaną przedłożone nowe dowody lub ujawniono okoliczności istniejące przed jej wydaniem, które mają wpływ na to prawo lub zobowiązanie.

Wydanie w dniu 20 lutego 2018 r. decyzji o niepodleganiu A. K. ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej stanowi ujawnienie okoliczności mających wpływ na prawo do zasiłków chorobowego, macierzyńskiego i opiekuńczego dotychczas pobranych przez odwołującą się. Stanowi więc podstawę

do ponownego rozstrzygnięcia o świadczeniach, zarówno tych o których wcześniej rozstrzygnięto pozytywnie decyzją, jak i tych, do których prawo potwierdzono jedynie tylko wypłatą.

Ubezpieczona wskazywała, że organ rentowy już przy wypłacie świadczeń winien zweryfikować wszystkie ich przesłanki, w tym podleganie ubezpieczeniom. W istocie sprawdzenie, czy zachodzą warunki do wypłaty świadczeń jest obowiązkiem organu rentowego. Obowiązku tego jednak nie sposób utożsamiać z kontrolą rzetelności każdej informacji wynikających z dokumentów przedłożonych przez ubezpieczonego. Taka kontrola nie jest wymagana żadnym przepisem prawa. Gdyby każdy wniosek o świadczenie miał inicjować kontrolę prawidłowości zgłoszenia do ubezpieczeń (istnienia tytułu ubezpieczenia), to oczekiwanie na świadczenia byłoby wielomiesięczne, jeśli nie wieloletnie. Wszak nie tylko stworzone być mogą pozory prowadzenia działalności pozarolniczej, ale i podpisywane pozorne umowy o pracę czy cywilnoprawne oraz umowy zawyżające podstawę wymiaru składek w stosunku do rzeczywistej. Brak również podstaw do kontroli deklarującej tytuł ubezpieczeń każdej kobiety w ciąży, bowiem ciąża nie wyłącza możliwości podjęcia zarobkowania, nawet gdy bodźcem tego podjęcia jest uzyskanie świadczeń z ubezpieczeń społecznych. Weryfikacja tytułu ubezpieczenia na etapie ustalania prawa do świadczeń sprowadza się do sprawdzenia, czy dana osoba jest zgłoszona do ubezpieczeń i czy opłacane są za nią składki. Tylko w przypadku wątpliwości organ podejmuje bardziej szczegółową kontrolę.

Skoro prawo do zasiłków chorobowego, macierzyńskiego i opiekuńczego uzależnione jest od podlegania ubezpieczeniu chorobowemu w datach wystąpienia zdarzeń warunkujących prawo do świadczeń, niepodleganie temu ubezpieczeniu skutkować musi ustaleniem braku takiego prawa. W tym zakresie zatem decyzja organu jest prawidłowa.

N. ubezpieczeniu chorobowemu i w konsekwencji brak prawa do świadczeń z tego ubezpieczenia nie są jednak jeszcze równoznaczne (co zresztą podkreślała ubezpieczona) z koniecznością zwrotu pobranych już z tego tytułu kwot. Obowiązek takiego zwrotu warunkowany jest spełnieniem ustawowych przesłanek określonych w przepisach ustawy systemowej.

Zgodnie z art. 84 ust. 1 ustawy systemowej (w brzmieniu z daty zaskarżonej decyzji) osoba, która pobrała nienależne świadczenie z ubezpieczeń społecznych, jest obowiązana do jego zwrotu, wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie, w wysokości i na zasadach określonych przepisami prawa cywilnego. 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 świadczenia była pouczona o braku prawa do ich pobierania oraz 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 (art. 84 ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy systemowej).

Wbrew wywiadowi A. K. w sprawie zachodziły podstawy do uznania wypłaconych jej świadczeń za nienależnie pobrane.

Wypłata świadczeń objętych zaskarżoną decyzją nastąpiła w oparciu o dokumenty złożone przez ubezpieczoną będącą jednocześnie płatnikiem składek, a to zgłoszenie do ubezpieczeń, zaświadczenia płatnika składek dla celów zasiłkowych, wnioski o urlop macierzyński, oświadczenia na potrzeby zasiłku opiekuńczego oraz dokumentację potwierdzającą niezdolność do pracy i urodzenie dzieci. Złożenie dokumentów stwierdzających podleganie ubezpieczeniu chorobowemu, a w szczególności samo zgłoszenie do ubezpieczenia w sytuacji niespełniania warunków do podlegania mu stanowiło wprowadzenie organu w błąd. Choć sąd dopuszcza możliwość przyjęcia, że zgłoszenie do ubezpieczeń pomimo braku ku temu podstaw nie oznacza świadomego (cechowanego złą wolą) wprowadzenia w błąd, to w wypadku ubezpieczonej tak właśnie należy je kwalifikować. Istotnym dla tej oceny pozostaje, dlaczego nie istniały podstawy do objęcia ubezpieczeniem. Może się przykładowo zdarzyć, że występuje pewna zarobkowa aktywność odwołującego się, jednak nie ma ona takiego charakteru, który pozwala na zakwalifikowanie jej jako działalności pozarolniczej (brak ciągłości, zorganizowanego charakteru), z czego sam ubezpieczony nie zdaje sobie sprawy. W przypadku ubezpieczonej jednak taka sytuacja nie wystąpiła.

W sprawie o podleganie ubezpieczeniom społecznym sądy obu instancji oraz Sąd Najwyższy wskazały na nieprowadzenie i brak zamiaru prowadzenia przez A. K. działalności gospodarczej, a jedynie stworzenie pozorów jej

wykonywania w celu uzyskania wysokich świadczeń z ubezpieczeń społecznych. Ustalenia te wiążą sąd w niniejszej sprawie. Związanie sądu prawomocnym wyrokiem w sprawie niepodlegania ubezpieczeniom społecznym, dotyczy nie tylko rozstrzygnięcia sądu, ale i podstawowych ustaleń, którego legły u jego podstaw. Z prawomocnością orzeczenia sądowego związana jest powaga rzeczy osądzonej (art. 366 k.p.c.). Wyrok prawomocny ma powagę rzeczy osądzonej tylko co do tego, co w związku z podstawą sporu stanowiło przedmiot rozstrzygnięcia, a ponadto tylko między tymi samymi stronami. Chociaż powagą rzeczy osądzonej objęta jest w zasadzie jedynie sentencja wyroku, a nie jego uzasadnienie, to w orzecznictwie trafnie zwraca się uwagę, że powaga ta rozciąga się również na motywy wyroku w takich granicach, w jakich stanowią one konieczne uzupełnienie rozstrzygnięcia, niezbędne dla wyjaśnienia jego zakresu. W szczególności, powagą rzeczy osądzonej mogą być objęte ustalenia faktyczne w takim zakresie, w jakim indywidualizują one sentencję jako rozstrzygnięcie o przedmiocie sporu i w jakim określają one istotę danego stosunku prawnego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 czerwca 2011r. II PK 4/11, OSNP 2012/15 -16/192 i powołane tam orzeczenia). W kolejnym postępowaniu, takie okoliczności faktyczne nie mogą być już ponownie badane. Związanie orzeczeniem oznacza bowiem zakaz dokonywania ustaleń sprzecznych z uprzednio osądzoną kwestią. Skoro ubezpieczona nie zamierzała w istocie wykonywać działalności gospodarczej, a takową zarejestrowała i zgłosiła się do ubezpieczeń społecznych, to świadomie działała w celu wprowadzenia organu w błąd. Kwestie dotyczące pozorowania podjęcia działalności nie mogły być badane w tym postępowaniu, żadnych innych, które zmieniałyby ocenę świadomości co do podstaw podlegania ubezpieczeniu A. K. nie wykazała.

Oznacza to, że świadczenia objęte decyzją należy uznać za nienależnie pobrane. Podnoszone przez ubezpieczoną wyniki kontroli z lat 2014, 2016 i 2017 dotyczyły prawidłowości wystawienia zwolnień lekarskich A. K., a więc wskazywały (wobec braku dalszej reakcji ZUS) na faktycznie istniejącą niezdolność do pracy. Nie ma to jednak żadnego przełożenia na wniosek o wprowadzaniu organu rentowego w błąd co do prowadzonej działalności gospodarczej i osiąganych z tego tytułu dochodów.

Nieprzydatny dla tych ustaleń był wniosek o przesłuchanie świadka A. L. (urzędnika ZUS – k. 161 v.) na okoliczność przesłanek, które legły u podstaw zaskarżonej decyzji i jej niezgodności z zasadami współżycia społecznego. Przesłanki wydanej decyzji wynikają z jej uzasadnienia i podlegają kontroli sądu. Nie są inne niż te wpisane do treści decyzji.

Z kolei klauzula generalna dotycząca zasad współżycia społecznego w ogóle nie znajduje zastosowania przy ocenie prawidłowości decyzji organów rentowych z uwagi na brak wyraźnego odesłania w regulacjach dotyczących zasiłków do prawa cywilnego, a tym samym brak możliwości odpowiedniego stosowania przepisów Kodeksu cywilnego w sprawie o wypłatę tego świadczenia w przypadku ubezpieczonego prowadzącego działalność gospodarczą. Sprawy z zakresu ubezpieczeń społecznych nie są sprawami cywilnymi w znaczeniu materialnym. Wywodzą się ze stosunków o charakterze administracyjnoprawnym (publicznoprawnym) i z tego względu w postępowaniu przed Zakładem Ubezpieczeń Społecznych rozpoznawane są w trybie i na zasadach określonych przepisami prawa ubezpieczeń społecznych, a w dalszej kolejności Kodeksu postępowania administracyjnego. Przepisy prawa ubezpieczeń społecznych nie zawierają również odpowiednika art. 300 k.p., zezwalającego na odpowiednie stosowanie przepisów Kodeksu cywilnego do stosunku pracy w sprawach nieuregulowanych przepisami prawa pracy wówczas, gdy nie są one sprzeczne z zasadami prawa pracy. Regulacja ta ma charakter szczególny i nie może być stosowana w drodze analogii do stosunków ubezpieczeniowych, które – w odróżnieniu od stosunków pracy – nie są regulowane przepisami prawa prywatnego. Oznacza to, że przepisy prawa cywilnego mogą być wprost stosowane w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych wyłącznie w wypadku wyraźnego odesłania do nich przez normę prawa ubezpieczeń społecznych (por. np. art. 84 ust. 1 i 8c, art. 85 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych), co znalazło potwierdzenie w jednolitych dotychczas poglądach judykatury. W wyroku z 21 października 2008 r., II UK 71/08 (LEX nr 519959), Sąd Najwyższy stwierdził wprost, że przepisy lub instytucje prawa cywilnego mogą być stosowane na gruncie ubezpieczeń społecznych tylko na podstawie wyraźnego przepisu prawa ubezpieczeń społecznych. Autonomiczność i odrębność przepisów prawa ubezpieczeń społecznych wobec przepisów prawa cywilnego sprawia, że na gruncie stosunków ubezpieczenia społecznego dopuszcza się tylko na zasadzie wyjątku stosowanie wskazanych *expressis verbis* regulacji cywilistycznych. W uzasadnieniu wyroku z 14 grudnia 2005 r., III UK 120/05 (OSNP 2006 nr 21-22, poz. 338) wykluczono możliwość wykładania przepisów prawa ubezpieczeń

społecznych z uwzględnieniem reguł słuszności (zasad współżycia społecznego), podobnie jak w wyroku z 23 października 2006 r., I UK 128/06 (OSNP 2007 nr 23-24, poz. 359), w myśl którego do złagodzenia rygorów prawa ubezpieczeń społecznych nie stosuje się ani art. 5 k.c., ani art. 8 k.p., bo przepisy prawa ubezpieczeń społecznych mają charakter przepisów prawa publicznego. To samo można odnieść do dopuszczalności stosowania do stosunków ubezpieczeń społecznych art. 58 k.c. Rygoryzm prawa publicznego nie może być łagodzony konstrukcją nadużycia prawa podmiotowego przewidzianą w art. 5 k.c. lub w art. 8 k.p. (także konstrukcją niezgodności czynności prawnej z zasadami współżycia społecznego – art. 58 § 2 k.c.). Takie stanowisko zajął Sąd Najwyższy w uchwale składu siedmiu sędziów z 21 kwietnia 2010 r., II UZP 1/10 (OSNP 2010 nr 21-22, poz. 267) i pogląd ten należy podzielić.

Nie wszystkie świadczenia podlegają jednak zwrotowi.

Organ zażądał zwrotu wszystkich wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego z tytułu działalności pozarolniczej nie wyjaśniając przyczyn tego stanu rzeczy ani w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji ani w toku procesu. Tymczasem art. 84 ust. 3 ustawy systemowej, zresztą cytowany w zaskarżonej decyzji wprowadza ograniczenie co do możliwości dochodzenia świadczeń. Zgodnie z tym przepisem nie można żądać zwrotu kwot nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych za okres dłuższy niż ostatnie 12 miesięcy, jeżeli osoba pobierająca świadczenie zawiadomiła organ je wypłacający o zajściu okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty, a pomimo to świadczenia były nadal wypłacane, a w pozostałych wypadkach za okres dłuższy niż ostatnie trzy lata.

Z przepisu wynika, że organ nie może dochodzić zwrotu świadczeń za okres dłuższy niż trzyletni. Regulacja ta nie oznacza natomiast, że chodzi o świadczenia wypłacone w ciągu trzech lat poprzedzających datę decyzji, na co powołała się odwołująca podnosząc zarzut przedawnienia. Zresztą w tym wypadku nie chodzi o przedawnienie, bo do niego odnosi się art. 84 ust. 7 ustawy systemowej.

W art. 84 ust. 3 ustawy systemowej i art. 84 ust. 7a ustawy systemowej wprowadzającym pięcioletni, a liczony od ostatniego dnia okresu, za który pobrano świadczenie, termin na wydanie decyzji o zwrocie, ustawodawca ograniczył możliwość żądania zwrotu świadczeń.

Zgodnie z utrwalonym już orzecnictwem art. 84 ust. 3 ustawy systemowej, określa maksymalną długość okresu wypłaty świadczeń, za jaki ZUS może dochodzić zwrotu. Innymi słowy organ może żądać zwrotu wypłaconych nienależnie świadczeń za okres nie dłuższy niż 3 lata ich wypłaty (por. uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2012 r., III UZP 1/12, OSNP 2012, nr 23-24, poz. 290) a nie za okresy przypadające w ostatnich trzech latach przed wydaniem decyzji.

Takie stanowisko było wyrażane w orzecnictwie jeszcze przed wprowadzeniem do art. 84 ustawy systemowej ust. 7a. Wprowadzenie wskazanej regulacji przez ustawodawcę jedynie je potwierdza, jako że z przepisu, o jakim mowa, wyraźnie wynika, do jakich okresów wstecz może sięgnąć organ.

Postawić należy natomiast pytanie, czy w przypadku wypłacania przez organ rentowy za następujące po sobie albo rozdzielone krótką przerwą okresy świadczeń różnego rodzaju (co miało miejsce w przypadku ubezpieczonej), uznanych później za nienależne z jednakowej przyczyny (tu braku tytułu ubezpieczenia ustalonego w jednym postępowaniu kontrolnym), organ może żądać zwrotu kwot wypłaconych łącznie za trzy lata, czy też każdego z rodzaju wypłaconych świadczeń za okres maksymalnie trzyletni.

Sąd uznaje za trafny pierwszy z nich.

Przede wszystkim w art. 84 ust. 3 ustawy systemowej ustawodawca posłużył się pojęciem „kwot nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych” nie tylko nie zaznaczając, że chodzi o świadczenia danego rodzaju, ale i wyraźnie odchodząc od liczby pojedynczej, którą posłużył się w art. 84 ust. 1 ustawy systemowej i do której wrócił wprowadzając do tej ustawy dużo później ust. 7a. Trudno zabieg taki uznać za przypadkowy. Stosowanie w części regulacji liczby pojedynczej wskazuje, że ustawodawca odnosi się w nich do świadczenia danego rodzaju wypłaconego za dany

okres. Z kolei inne brzmienie art. 84 ust. 3 oznacza, że generalnie świadczenia nienależne mogą być dochodzone za maksymalnie trzyletni okres wypłaty. Oczywiście chodzi o sytuację, gdy mamy do czynienia ze świadczeniami nienależnymi z tego samego powodu. Za taką interpretacją przemawia wykładania celowościowa. Do czasu dodania w art. 84 ustawy systemowej ust. 7a wspomniana regulacja była jedyną wprowadzającą dla organu ograniczenie możliwości dochodzenia od ubezpieczonych zwrotu świadczeń nienależnie pobranych. Jak się wydaje ustawodawca miał tu na względzie interes ubezpieczonych uwzględniając kwestię zaufania do instytucji publicznych, do których wszak należy organ rentowy. Ubezpieczeni nie mogą bowiem ponosić konsekwencji nienależytego działania organu, do którego niewątpliwie dochodzi w przypadku wypłaty nienależnych świadczeń przez okresy wieloletnie. Jak już wskazano wcześniej, organ, do którego należy ustalanie prawa do świadczeń z ubezpieczeń społecznych nie ma ani obowiązku ani możliwości prowadzenia w przypadku każdego wniosku o świadczenie kontroli prawidłowości zgłoszenia do ubezpieczeń. Kilkuletnia wypłata świadczeń liczonych od wysokiej podstawy po krótkim okresie ubezpieczenia powinna jednak powodować podjęcie działań kontrolnych. Zaniechania organu nie mogą obciążać wyłącznie ubezpieczonych. W tym wypadku świadczenia rozpoczęto wypłacać 1 września 2013 r., a kontrolę wszczęto dopiero na koniec listopada 2017 r.

Przyjęcie w sprawach, w których na podstawie niezwyfikowanej, pomimo wyraźnych ku temu wskazań, tej samej przesłanki wypłacano z tego samego rodzaju ubezpieczenia różnego rodzaju świadczenia, że trzyletni okres z art. 84 ust. 3 ustawy systemowej należy odnosić do każdego z nich, oznaczałby zresztą nierówne traktowanie ubezpieczonych w analogicznej sytuacji tzn. pobierających wskutek wprowadzenia organu w błąd świadczenia z ubezpieczeń społecznych łącznie przez okres dłuższy niż 3 lata. Do sądu wielokrotnie trafiały sprawy ubezpieczonych, którym organ rentowy przez wiele lat wypłacał zasiłek chorobowy (stanowiący co do zasady świadczenie krótkookresowe), gdyż pomiędzy sześciomiesięcznymi okresami niezdolności do pracy występowały krótkie przerwy, a zachorowanie po przerwie warunkowała inna niż wcześniej jednostka choroby. W przypadku zakwestionowania tytułu ubezpieczenia takich osób, zwrot świadczeń objąłby tylko trzyletni okres ich wypłaty. Podobnie byłoby w przypadku uznania za nienależne świadczeń długoterminowych (rent czy emerytur). Nie sposób uznać, by pobierający na tej samej nieprawdziwej podstawie różne świadczenia musieli zwracać je za okres generalnie dłuższy.

Mając na uwadze powyższe sąd uznał, że zwrotowi podlegają świadczenia z ubezpieczenia chorobowego wypłacone łącznie trzy lata (uwzględniając wszystkie okresy wypłaty za okres od ostatniego dnia pobierania ostatniego ze świadczeń) tj. za okres od 4 lutego 2016r.

Mając na uwadze wszystko powyższe sąd na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c zmienił zaskarżoną decyzję w części dotyczącej okresu, za jaki świadczenia podlegają zwrotowi, w pozostałym zaś zakresie na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c oddalił odwołanie od tej decyzji jako nieuzasadnione.

Odwołanie doprowadziło do częściowej zmiany zaskarżonej decyzji, przy czym nie była to zmiana drobna - zmniejszony został o ok. 45% okres świadczeń podlegających zwrotowi. Przemawiało to za zniesieniem kosztów procesu zgodnie z art. 100 k.p.c.

Stan faktyczny sąd ustalił na podstawie dokumentów znajdujących się w aktach sprawy, w tym aktach organu i aktach sprawy Sądu Okręgowego w Szczecinie. Ich rzetelność nie budziła wątpliwości. Przesłuchanie ubezpieczonej co do kwestii w zakresie których sąd nie był związany orzeczeniem Sądu Okręgowego nie dało żadnych istotnych argumentów do zmiany decyzji.

ZARZĄDZENIE

1. (...)
2. (...)
3. (...)

6.07.2023