

## UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 16 lipca 2019 r. znak (...) nr sprawy (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił S. D. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 9.11.2016 r. do 28.02.2017 r., od 14.03.2017 r. do 6.08.2017 r., od 9.08.2017 r. do 22.08.2017 r., od 30.08.2017 r. do 5.09.2017 r., od 10.10.2017 r. do 8.12.2017 r., od 12.01.2018 r. do 9.02.2018 r., od 22.03.2018 r. do 6.08.2018 r., zasiłku opiekuńczego za okres od 1.03.2017 r. do 13.03.2017 r. i zobowiązał ją do zwrotu tych świadczeń jako nienależnie pobranych w łącznej kwocie 126.059,97 zł wraz z odsetkami od dnia doręczenia decyzji do dnia zwrotu świadczeń.

Decyzją z dnia 16 lipca 2019 r. znak (...) nr sprawy (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił S. D. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 7.08.2018 r. do 21.10.2018 r. oraz zasiłku macierzyńskiego za okres od 22.10.2018 r. do 20.10.2019 r. i zobowiązał ją do zwrotu tych świadczeń (przy czym zwrotu zasiłku chorobowego zażądał za okres od 7.08.2018 r. do 28.02.2019 r.) jako nienależnie pobranych w łącznej kwocie 51.243,94 zł wraz z odsetkami od dnia doręczenia decyzji do dnia zwrotu świadczeń.

W obu decyzjach jako podstawę zwrotu organ wskazał art. 84 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych bez wskazania ustępu 1 i 2. W uzasadnieniu wskazano zaś, iż że organ przeprowadził postępowanie wyjaśniające w celu ustalenia czy zgłoszona przez E. D. działalność gospodarza jest faktycznie prowadzona, czy też zgłoszenie zostało dokonane jedynie w celu uzyskania wysokich świadczeń z ZUS. W wyniku tego postępowania w decyzji nr (...) z dnia 3 marca 2019 r. stwierdzono, że nie podlega ona ubezpieczeniom społecznym i dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 21.10.2016 r. w toku postępowania ustalono, że E. D. nie wykonywała działalności gospodarczej i w ocenie organu świadomie zarejestrowała swoją działalność z zadeklarowaniem wysokiej podstawy wymiaru składek z góry ustalonym założeniem, iż w momencie skorzystania ze zwolnień lekarskich, skorzysta z wysokich świadczeń z ubezpieczenia w oparciu o zadeklarowaną podstawę wymiaru składek.

W odwołaniach od obu decyzji, po ich sprecyzowaniu (k. 24, k. 53) E. D. wniosła o ich zmianę poprzez przyznanie jej prawa do świadczeń objętych decyzjami i stwierdzenie, że nie ma obowiązku zwrotu tych świadczeń. W każdym z odwołań wniosła o zasądzenie kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W uzasadnieniu wskazała, że organ błędnie ustalił stan faktyczny. Od 2014 r. prowadziła ona działalność gospodarczą, której przedmiotem było świadczenie usług kosmetycznych oraz podwynajem części nieruchomości. Podniesiono, że organ nie kwestionował, że do dnia 21 października 2016 r. odwołująca prowadziła działalność gospodarczą i niezasadnie przyjął, że przestała ją prowadzić kiedy zaczęła być niezdolna do pracy, co prowadzi do absurdalnych wniosków, że przedsiębiorca nigdy nie może być niezdolny do pracy. Podkreślono, że odwołująca od 30 kwietnia 2015 r. współpracowała z biurem rachunkowym, z którym nie zaprzestała w współpracy w okresie niezdolności do pracy. W okresie tym podnajmowała lokal innym osobom, w lokalu tym utrzymywała swój sprzęt, w 2018 r. poddała się kontroli (...). Od 17 marca 2019 r. wróciła do świadczenia usług kosmetycznych na dwa dni w tygodniu z uwagi na opiekę nad 5 – letnią córką i 5 – miesięcznym niemowlęciem.

W odpowiedziach na oba odwołania Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. wniósł o ich oddalenie oraz o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W uzasadnieniu wywodzono jak w uzasadnieniu zaskarżonych decyzji.

Postanowieniem z dnia 7 listopada 2019 r. zawieszono postępowanie w sprawie IXU 518/19 na podstawie art. 177 § 1 pkt 1 k.p.c. do czasu prawomocnego rozstrzygnięcia spraw z odwołania od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S. nr (...) z dnia 3 marca 2019 r., dotyczącej podlegania E. D. ubezpieczeniom społecznym i dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Postanowieniem z dnia 2 stycznia 2020 r. drugą ze spraw, toczącą się pod sygn. akt IXU 596/19 połączono do wspólnego rozpoznania i wyrokowania razem ze sprawą o sygn. akt IXU 518/19.

Na mocy postanowienia z dnia 4 stycznia 2023 r. podjęto postępowanie w sprawie.

Na rozprawie w dniu 29 marca 2023 r. E. D. cofnęła odwołania w niniejszej sprawie w części, tj. w zakresie uznania jej prawa do świadczeń objętych zaskarżonymi decyzjami poza prawem do zasiłku chorobowego za okres od 21.10.2016 r. do 6.08.2017 r. jako zasiłku chorobowego za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia. Podtrzymała odwołania w całości w zakresie dotyczącym obowiązku zwrotu świadczeń objętych zaskarżonymi decyzjami.

Pełnomocnik organu wyraził zgodę na cofnięcie odwołań w ww. zakresie.

W piśmie z dnia 19 kwietnia 2023 r. organ wskazał, że wypłacono odwołującej zasiłek chorobowy za okres od 21.10.2018 r. do 8.11.2018 r. (a więc za okres po wyłączeniu jej z ubezpieczeń) i nie objęto tego zasiłku zaskarżonymi decyzjami z uwagi na fakt, iż niezdolność do pracy w tym okresie rozpoczęła się jeszcze w trakcie trwania zasiłki macierzyńskiego, tj. w dniu 18.10.2018 r. Organ nie dysponuje już przy tym zwolnieniem lekarskim za okres od 18.10.2018 r. do 8.11.2018 r.

### **Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

W dniu 1 grudnia 2013 r. E. D. zawarła z G. P. umowę najmu pomieszczenia o pow. 58 m<sup>2</sup> w S. przy ul. (...) z kwotą czynszu 1.700 zł z możliwością podnajmu wydzielonych części pomieszczenia osobom trzecim.

Od dnia 9 stycznia 2014 r. E. D. rozpoczęła prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej z określeniem przeważającego jej rodzaju jako fryzjerstwo i pozostałe zabiegi kosmetyczne. Dodatkowo jako przedmiot prowadzonej działalności gospodarczej wskazano wynajem i zarządzanie nieruchomościami własnymi lub dzierżawionymi (kod 68.20.Z).

Z tego tytułu E. D. była zgłoszona do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od dnia 9 stycznia 2014 r.

**Niesporne, a nadto dowód:** przesłuchanie odwołującej E. D. – k. 156-158 w zw. z k. 160-161, zeznania świadka K. A. – k. 158-160, wydruk z (...) k. 31 w aktach VIU 565/19, umowa najmu wraz z aneksem k. 15-18 w aktach VIU 565/19

E. D. od stycznia 2013 r. do kwietnia 2014 r. opłacała składki od podstawy wymiaru w wysokości 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia, a za kolejne trzy miesiące opłacała składki od podstawy wymiaru wynoszącej 8.897,50 zł.

**Niesporne, a nadto dowód:** dane o podstawach wymiaru składek k. 7-11 akt postępowania wyjaśniającego ZUS

W dniu 30 kwietnia 2015 r. E. D. zawarła U. S., prowadzącą Biuro (...) umowę zlecenia dotyczącą stałej obsługi podatkowej i księgowo – finansowej.

**Niesporne, a nadto dowód:** umowa zlecenia – k. 19-21 w aktach VIU 565/19, przesłuchanie odwołującej E. D. – k. 156-158 w zw. z k. 160-161, zeznania świadka K. A. – k. 158-160

E. D. była niezdolna do pracy od 1 sierpnia 2015 r. do 22 października 2015 r. w związku z ciążą, korzystając ze zwolnień lekarskich i pobierając zasiłek chorobowy.

Od dnia 11 sierpnia 2015 r. do marca 2016 r. odwołująca zatrudniała na podstawie umowy zlecenia K. C., która wykonywała usługi manicure, pedicure, hennę, zajmowała się stylizacją paznokci i utrzymaniem porządku w miejscu pracy.

W dniu (...) urodziła dziecko i od 23 października 2015 r. do 20 października 2016 r. pobierała zasiłek macierzyński, świadcząc przy tym także osobiście (od marca 2016 r.) usługi w ramach prowadzonej działalności gospodarczej.

**Dowód:** przesłuchanie odwołującej E. D. – k. 156-158 w zw. z k. 160-161, umowa zlecenia – k. 72 (koperta) w aktach VIU 565/19

Jeszcze w okresie ciąży E. D. zaczęła cierpieć na dolegliwości bólowe ze strony kręgosłupa szyjnego. Dolegliwości utrzymywały się w trakcie urlopu macierzyńskiego. Dolegliwości te, uniemożliwiające E. D. wykonywanie pracy związanej ze świadczeniem usług kosmetycznych, wywołały u niej także schorzenia natury psychiatrycznej. Od grudnia 2016 r. aż do końca 2019 r. diagnozowano u niej depresję, w związku z czym przyjmowała ona leki antydepresyjne. Zażycie tych leków doprowadziło na początku 2017 r. do poronienia drugiej ciąży. Latem 2017 r. poroniła ona także kolejną ciążę.

Po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego E. D. przebywała na zwolnieniach lekarskich, pobierając zasiłek chorobowy z powodu dolegliwości kręgosłupa bądź z powodu depresji, a od 22.03.2018 r. z powodu ciąży w okresach:

- od 18.10.2016 r. do 8.11.2016 r.,
- od 9.11.2016 r. do 28.02.2017 r.,
- od 14.03.2017 r. do 6.08.2017 r.,
- od 9.08.2017 r. do 22.08.2017 r.,
- od 30.08.2017 r. do 5.09.2017 r.,
- od 10.10.2017 r. do 8.12.2017 r.,
- od 12.01.2018 r. do 9.02.2018 r.,
- od 22.03.2018 r. do 6.08.2018 r.,
- od 7.08.2018 r. do 21.10.2018 r.

W okresie od 1.03.2016 r. do 13.03.2017 r. pobierała ona zasiłek opiekuńczy w związku z chorobą dziecka.

**Dowód:** przesłuchanie odwołującej E. D. – k. 156-158 w zw. z k. 160-161, częściowo zeznania świadka K. A. – k. 158-160, karta zasiłkowa – nienumerowane karty akt organu, zaświadczenia lekarskie wraz z wnioskami o wypłatę – koperta k. 154, historia leczenia psychiatrycznego – k. 170-207, zaświadczenie lekarskie za okres od 18.10 do 8.11.2016 r. – k. 211

W dniu 22 października 2018 r. E. D. urodziła drugie dziecko, pobierając zasiłek macierzyński od 22.10.2018 r. do 20.10.2019 r.

**Niesporne, a nadto dowód:** przesłuchanie odwołującej E. D. – k. 156-158 w zw. z k. 160-161, karta zasiłkowa – nienumerowane karty akt organu

Od 15 grudnia 2015 r., także w okresie niezdolności do pracy i korzystania z urlopów macierzyńskich, E. D. podnajmowała stanowiska pracy znajdujące się w lokalu wynajmowanym przez nią od G. P., w tym M. M., A. J., J. Z., S. K. (1), P. Ł., S. G., S. K. (2), z którego to tytułu uzyskiwała dochód w wysokości od 900 zł do 1.800 zł miesięcznie.

**Dowód:** umowy najmu – k. 26-30, 36-40 w aktach VIU 565/19, przesłuchanie odwołującej E. D. – k. 156-158 w zw. z k. 160-161 oraz k. 65v-66 w aktach VIU 565/19, zeznania świadka K. A. – k. 158-160

W przerwach pomiędzy wystawianymi zwolnieniami lekarskimi E. D. nie świadczyła usług kosmetycznych. Podczas jednej z przerw w 2018 r. przez dwa tygodnie uczestniczyła w kursie makijażu permanentnego, który ukończyła 17 marca 2018 r. Ponadto w przerwach wykonywała ona czynności związane z podnajmem stanowisk w wynajmowanym przez nią lokalem. Wystawieniem faktur, remontami, dostosowaniem stanowisk dla nowych podnajmujących, w czym pomagał jej mąż K. A.. W 2018 r. poddała się kontroli Sanepidu w wynajmowanym lokalu. E. D. uważała, że nadal prowadzi wówczas działalność gospodarczą, w zakresie ujawnionym w Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej, polegającą na wynajmie nieruchomości. Fakt, iż dochód osiągany z podnajmu nie był wystarczający dla pokrycia kosztów działalności i ponosiła ona straty, nie spowodował, iż wyciągała ona inne wnioski, ponieważ w biurze rachunkowym, z którym współpracowała informowano ją, że działalność gospodarcza może przynosić straty i nie ma potrzeby jej zawieszania w takiej sytuacji. W toku pobierania świadczeń z ubezpieczenia społecznego E. D. kilkakrotnie przechodziła kontrole ZUS, podczas których nie kwestionowano jej prawa do świadczeń.

E. D. nie miała świadomości, że świadczenia, o które wnioskuje i które pobiera z ubezpieczenia społecznego są jej nienależne. Była przekonana, że przez cały okres jest objęta ubezpieczeniem. Kiedy wnioskuje o wypłatę świadczeń i je pobierała nie została pouczona w jakich sytuacjach może zostać wyłączona z ubezpieczeń, w tym, że może spowodować to długi okres korzystania ze zwolnień lekarskich. Nikt nie kwestionował także zgłoszonej podstawy wymiaru składek. Wszystkie świadczenia były wypłacane przez ZUS w terminie.

**Dowód:** przesłuchanie odwołującej E. D. – k. 156-158 w zw. z k. 160-161 oraz k. 65v-66 w aktach VIU 565/19, zeznania świadka K. A. – k. 158-160, zaświadczenie o ukończeniu kursu – k. 32 w aktach VIU 565/19, zaświadczenia lekarskie wraz z wnioskami o wypłatę – koperta k. 154

Dopiero po urodzeniu drugiego dziecka przez E. D., pod koniec 2018 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. wszczął postępowanie wyjaśniające w przedmiocie ustalenia czy E. D. faktycznie prowadziła działalność gospodarczą w przerwach w niezdolności do pracy czy tylko utrzymywała ją formalnie w celu otrzymywania świadczeń od wysokiej podstawy wymiaru świadczeń.

Efektom tego postępowania było wydanie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. w dniu 4 marca 2019 r. decyzji nr (...), stwierdzającej, E. D. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą nie podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 21 października 2016 r.

Wydający decyzję organ wskazał, że wyżej wymieniona zakończyła faktycznie prowadzić działalność gospodarczą po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego (w okresie od 23.10.2015 r. do 20.10.2015 r.). Po tym czasie wynajmowała ona nadal lokal, który nie był jej własnością i choć podnajmowała stanowiska pracy innym osobom, to nie podejmowała zorganizowanych i profesjonalnych działań, mających na celu nabywanie lokali w celu ich wynajmu. Jej aktywność koncentrowała się na wystawieniu jednej czy dwóch faktur i uzyskiwaniu przychodu, który był dwukrotnie niższy niż poniesione przez nią koszty. Działalność ta nie miała zatem charakteru zarobkowego. Ponadto wskazano, że przed rozpoczęciem korzystania ze zwolnienia lekarskiego w okresie ciąży, opłacała ona składki od najwyższej możliwej podstawy wymiaru składek.

Od decyzji tej E. D. wniosła odwołanie do Sądu Okręgowego w (...). Sprawa była prowadzona pod sygn. akt VI U 565/19 i zakończyła się wydaniem wyroku w dniu 10 września 2019 r., na mocy którego oddalono odwołanie E. D. od decyzji. Jej apelacja od tego wyroku została oddalona przez Sąd Apelacyjny w (...) w sprawie III AUa 441/19 w dniu 26 maja 2020 r., zaś skarga kasacyjna oddalona przez Sąd Najwyższy w sprawie III USKP 144/21 w dniu 12 października 2022 r.

**Dowód:** decyzja (...) Oddziału w S. z dnia 4.03.2019 r. nr (...) – k. 4 akt irganu, dokumenty zgromadzone w aktach postępowania wyjaśniającego, wyrok Sadu Okręgowego w(...) z dnia 10.09.2019 r. w sprawie VI U 565/19 z uzasadnieniem – k. 85-93, wyrok Sadu Apelacyjnego w (...)z dnia 26.05.2020 r. w sprawie III AUa 441/19 z uzasadnieniem – k. 94-98, wyrok Sadu Najwyższego z dnia 12.10.2022 r. w sprawie III USKP 144/21 z uzasadnieniem – k. 99-106

E. D. nie składała wniosku w ZUS o przyznanie jej prawa do zasiłku chorobowego za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia.

**Dowód:** przesłuchanie odwołującej E. D. – k. 156-158 w zw. z k. 160-161

E. D. posiada wykształcenie wyższe. Jest mgr inż. towaroznawstwa.

**Dowód:** przesłuchanie odwołującej E. D. – k. 156-158 w zw. z k. 160-161

### **Sąd zważył, co następuje:**

Odwołania zasługiwały w dużej części na uwzględnienie.

W pkt II wyroku, na podstawie art. 355 k.p.c., umorzono postępowanie w części, w której, za zgodą organu, cofnięto odwołania, tj. w zakresie dotyczącym żądania zmiany zaskarżonych decyzji poprzez uznanie prawa do zasiłku E. D. do zasiłku chorobowego poza okresem od 21.10.2016 r. do 6.08.2017 r. oraz co do jej prawa do zasiłku opiekuńczego i zasiłku macierzyńskiego. Decyzja o cofnięciu odwołania wiązała się z uznaniem za wiążące w niniejszej sprawie prawomocnego orzeczenia Sądu Okręgowego w S. z dnia 10 września 2019 r. w sprawie VI U 565/19, na mocy którego oddalono odwołanie E. D. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S. nr (...) z dnia 4 marca 2019 r., stwierdzającej, że, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, nie podlega ona obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 21 października 2016 r.

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. Zarówno Sąd orzekający w niniejszej sprawie, jak i strony postępowania związane są zatem ustaleniem Sądu Okręgowego w (...), zawartym w prawomocnym wyroku z dnia 10 września 2019 r. w sprawie VI U 565/19, przesądzającym, że w okresie spornym E. D. nie podlegała ubezpieczeniom, w tym chorobowemu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej.

Odwołująca nie cofnęła jednocześnie odwołania w części dotyczącej jej prawa do zasiłku chorobowego za okres od 22.10.2018 r. do 6.08.2017 r., stojąc na stanowisku, że przysługiwało jej ono jako prawo do zasiłku chorobowego za okres po ustaniu ubezpieczenia chorobowego z dniem 21.10.2016 r., a więc uważając, że zastosowanie znajdzie przepis art. 7 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Zgodnie z tym przepisem - zasiłek chorobowy przysługuje również osobie, która stała się niezdolna do pracy po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli niezdolność do pracy trwała bez przerwy co najmniej 30 dni i powstała: 1) nie później niż w ciągu 14 dni od ustania tytułu ubezpieczenia chorobowego; 2) nie później niż w ciągu 3 miesięcy od ustania tytułu ubezpieczenia chorobowego - w razie choroby zakaźnej, której okres wylegania jest dłuższy niż 14 dni, lub innej choroby, której objawy chorobowe ujawniają się po okresie dłuższym niż 14 dni od początku choroby.

Należy zauważyć, że zastosowanie tego przepisu do sytuacji E. D. przez cały żądany przez nią okres (22.10.2018 r. do 6.08.2017 r.), abstrahując już od tego, że nie złożyła ona wniosku w ZUS o przyznanie jej takiego rodzaju zasiłku, nie byłoby możliwe już choćby dlatego, że okres jej niezdolności do pracy, skutkujący wystawianiem zwolnień lekarskich został przerwany okresem korzystania z zasiłku opiekuńczego (od 1 do 13.03.2017 r.), do którego to zasiłku zastosowania nie znajduje art. 7 ww. ustawy (brakuje stosownego odesłania do tego przepisu w art. 35 ust. 2 cytowanej ustawy).

Przede wszystkim zauważyć jednak należy, że E. D., będąc osobą prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą, w okresie od 23 października 2015 r. do 20 października 2016 r. korzystała z urlopu macierzyńskiego. Tymczasem, zgodnie z ugruntowanym orzecznictwem Sądu Najwyższego, osoba taka, w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego, nie podlega ubezpieczeniu chorobowemu. Jak wskazano m.in. w uchwale 7 sędziów z dnia 11 lipca

2019 r. w sprawie III UZP 2/19 (LEX nr 2694497) – rozpoczęcie pobierania zasiłku macierzyńskiego przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność, która uprzednio została objęta dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym powoduje ustanie ubezpieczenia chorobowego (art. 9 ust. 1c w związku z art. 14 ust. 2 pkt 3 w związku z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych).

Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych (dalej ustawa systemowa) reguluje zasady podlegania ubezpieczeniom społecznym, w tym ubezpieczeniu chorobowemu. Osoby prowadzące pozarolniczą działalność podlegają obowiązkowo jedynie ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu oraz wypadkowemu (art. 6 ust. 1 pkt 5 oraz art. 12 ust. 1 ustawy systemowej). Nie podlegają natomiast obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu. Zgodnie bowiem z art. 11 ust. 1 ustawy systemowej ubezpieczeniu chorobowemu podlegają obowiązkowo ubezpieczeni wymienieni w art. 6 ust. 1 pkt 1, 3 i 12 tej ustawy tj. pracownicy z wyłączeniem prokuratorów, członkowie rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych, osoby odbywające służbę zastępczą.

Przepis art. 11 ust. 2 ustawy systemowej przewiduje natomiast możliwość podlegania osób prowadzących działalność pozarolniczą dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu. Zgodnie z tym przepisem osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnymi i rentowymi wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8 i 10, a zatem osoby wykonujące pracę nakładczą, zleceniobiorcy, osoby prowadzące działalność pozarolniczą i z nimi współpracujące, osoby wykonujące odpłatnie pracę na podstawie skierowania do pracy w okresie odbywania kary pozbawienia wolności czy tymczasowego aresztowania i duchowni, podlegają na swój wniosek ubezpieczeniu chorobowemu dobrowolnie. Z jego brzmienia wynika jednoznacznie, iż możliwość podlegania dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu występuje jedynie wówczas, gdy ubezpieczenie emerytalne i rentowe wymienionych w nim osób ma charakter obowiązkowy.

Obowiązkowy charakter ubezpieczeń emerytalnego i rentowych wskazanych w art. 11 ust. 2 ustawy systemowej grup ubezpieczonych jest zasadą w świetle przepisów ustawy systemowej wówczas, gdy posiadają one jeden tytuł ubezpieczenia. W przypadku zbiegu tytułów ubezpieczenia społecznego sytuacja może natomiast wyglądać inaczej.

Pobieranie zasiłku macierzyńskiego uważane jest przez ustawodawcę za osobny tytuł ubezpieczenia społecznego. Wśród osób objętych obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi art. 6 ust. 1 ustawy systemowej wymienia w punkcie 19 osoby przebywające na urloпах wychowawczych lub pobierające zasiłek macierzyński albo zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego.

Zasady podlegania ubezpieczeniom społecznym w przypadku zbiegu tytułów ubezpieczeń reguluje art. 9 ustawy systemowej.

Zgodnie z art. 9 ust. 1 c ustawy systemowej osoby, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8 i 10 ustawy (a zatem wskazane w art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy osoby prowadzące działalność pozarolniczą), spełniające jednocześnie warunki do objęcia ich obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego, podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego. Mogą one jednak dobrowolnie, na swój wniosek, być objęte ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi także z pozostałych, wszystkich lub wybranych, tytułów.

Z przepisu tego jednoznacznie wynika, iż w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego prowadzenie działalności pozarolniczej (także inne wymienione w art. 9 ust. 1c formy aktywności zarobkowej) przestaje być tytułem podlegania obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym stając się jedynie tytułem do podlegania im dobrowolnie. Dobrowolny charakter wskazanych rodzajów ubezpieczeń oznacza zaś, w świetle art. 11 ust. 2 ustawy systemowej, że nie może im towarzyszyć ubezpieczenie chorobowe.

Skoro zatem E. D. w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego (od 23.10.2015 r. do 20.10.2016 r.) nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu, nie mogło także przysługiwać jej prawo od zasiłku chorobowego po ustaniu tego tytułu od dnia 21.10.2016 r. z uwagi na fakt, iż niezbędnym jest tu zachowanie terminu 14 dni od momentu ustania tytułu ubezpieczenia chorobowego (co miało miejsce jak wynika z powyższych rozważań w dniu 22.10.2015 r.) do momentu

powstania niezdolności do pracy (w omawianym przypadku 18.10.2016 r. k. 211). Niezrozumiałe było przy tym dla Sądu jako niekonsekwentne i najwyraźniej omyłkowe nieobjęcie żądaniem zwrotu przez organ w zaskarżonych decyzjach zasiłku chorobowego wypłaconego za okres, w którym odwołującą wyłączono z ubezpieczeń na mocy decyzji nr (...), tj. za okres od 21.10.2016 r. do 8.11.2016 r. Tłumaczenie organu, zawarte w piśmie z dnia 19 kwietnia 2023 r., że uczyniono tak ze względu na to, że niezdolność do pracy w tym okresie rozpoczęła się jeszcze w trakcie trwania zasiłku macierzyńskiego, tj. w dniu 18.10.2018 r. nie rozwiało tych wątpliwości. Jednakże, z ww. przyczyn, nie miało to znaczenia dla oceny prawa E. D. do zasiłku chorobowego za okres od 21.10.2016 r. (do 20.10.2016 r. wypłacano jej zasiłek macierzyński).

Niezależnie od ocenionego braku prawa odwołującej do świadczeń objętych obiema zaskarżonymi w sprawie decyzjami, Sąd uznał na podstawie analizy zgromadzonego materiału dowodowego, że E. D. nie ma obowiązku zwrotu tych świadczeń. Ich wypłacona wysokość, wskazana w decyzjach, nie była przy tym przedmiotem sporu między stronami.

W myśl 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 ustawy wypłacone kwoty podlegają potrąceniu z należnych świadczeń z ubezpieczeń społecznych lub ściągnięciu w drodze egzekucji administracyjnej. Ustawa zasiłkowa nie zawiera definicji świadczenia pobranego nienależnie. Należy zatem sięgnąć do przepisów ustawy systemowej, a ściślej art. 84 tej ustawy.

Zgodnie z art. 84 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (w brzmieniu obowiązującym w dniu wydania zaskarżonych 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 (ust. 2 pkt 1) 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. (ust. 2 pkt 2).

Organ rentowy w zaskarżonych decyzjach, powołując się na przepis art. 84 ust. 2, nie wskazał ani nie wykazał w toku procesu, który ze wskazanych warunków uznania świadczenia za nienależnie pobrane miałby zachodzić w niniejszej sprawie. Podkreślenia wymaga, że dowód istnienia przesłanek żądania zwrotu świadczenia nienależnego obciąża organ rentowy. W postępowaniu cywilnym, jakim niewątpliwie jest niniejsze postępowanie, zgodnie z art. 6 k.c. obowiązuje zasada kontrydiktoryjności, co oznacza, że ciężar dowodu spoczywa na stronie, która dowodzi swoich racji.

Należy wskazać, że warunkiem uznania, iż wypłacone świadczenie, jako mające charakter świadczenia nienależnie pobranego, podlega zwrotowi zgodnie z w ust. 2 pkt 1 cytowanego powyżej przepisu, jest świadomość osoby, która takie świadczenia pobrała wynikająca ze stosownego pouczenia o braku prawa do tego świadczenia. W orzeczeniu z dnia 3 grudnia 2019 r. w sprawie I UK 285/18 Sąd Najwyższy wskazał, że podstawowym warunkiem uznania, że wypłacone świadczenie podlega zwrotowi w myśl 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. Tymczasem, organ nie przedstawił żadnych dowodów świadczących o pouczeniu odwołującej przed wypłatą świadczenia o możliwości stwierdzenia braku prawa do niego w zależności od wyników przeprowadzonej kontroli. Dokumentacja z kontroli, złożona na zobowiązanie Sądu, nie zawierała dokumentów zawierających takie pouczenia. Podobnie pouczeń takich nie zawierały zaświadczenia płatnika składek, składane przy wnioskowaniu o wypłatę zasiłków. Przesłuchana przed Sądem E. D. również takim faktom zaprzeczyła. Kiedy wnioskowała o wypłatę świadczeń i je pobierała nie została pouczona w jakich sytuacjach może zostać wyłączona z ubezpieczeń, w tym, że może spowodować to długi okres korzystania ze zwolnień lekarskich.

Odnosząc się z kolei do przesłanek określonych w art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, wskazać należy, że organ nie wykazał, aby sporne świadczenia zostały przyznane lub wypłacone odwołującej na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów, bądź świadomego wprowadzenia w błąd organu wypłacającego świadczenia przez ubezpieczoną.

Jak wynika z zeznań E. D. i jej męża K. A., odwołująca nie miała świadomości, że świadczenia, o które wnioskuje i które pobiera z ubezpieczenia społecznego są jej nienależne. Była przekonana, że przez cały okres jest objęta ubezpieczeniem i że cały czas prowadzi działalność gospodarczą. W przerwach pomiędzy wystawianymi zwolnieniami lekarskimi E. D. nie świadczyła wprawdzie usług kosmetycznych, jednak podczas jednej z przerw w 2018 r. przez dwa tygodnie uczestniczyła w kursie makijażu permanentnego. Dodatkowo w przerwach wykonywała ona czynności związane z podnajmem stanowisk w wynajmowanym przez nią lokalem: wystawieniem faktur, remontami, dostosowaniem stanowisk dla nowych podnajmujących, w czym pomagał jej mąż K. A.. W 2018 r. poddała się też kontroli Sanepidu w wynajmowanym lokalu. E. D. uważała, że nadal prowadzi wówczas działalność gospodarczą w dodatkowym zakresie ujawnionym w Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej pod kodem 68.20.Z, polegającą na wynajmie nieruchomości. Fakt, iż dochód osiągany z podnajmu nie był wystarczający dla pokrycia kosztów działalności i ponosiła ona straty, nie spowodował, iż wyciągała ona inne wnioski, ponieważ w biurze rachunkowym, z którym współpracowała informowano ją, że działalność gospodarcza może przynosić straty i nie ma potrzeby jej zawieszania w takiej sytuacji. Odwołująca zatem nie miała świadomości, będąc zapewnianą przez osobę posiadającą fachową wiedzę, że cały czas aktywnie prowadzi działalność gospodarczą, polegającą na wynajmie nieruchomości. Sama nie posiadała stosownego wykształcenia i specjalistycznej wiedzy, będąc mgr. inż. towaroznawstwa. Nie miała świadomości, że wzięty pod uwagę w toku kontroli i przez Sądy rozpoznające odwołanie od decyzji ZUS nr (...) fakt, iż jej działalność nie miała w istocie (w związku z ciągłymi stratami) zarobkowego charakteru, pozbawiał ją cech działalności gospodarczej, a w konsekwencji pozbawiał prawa do ubezpieczenia. O fakcie trwałego ubezpieczenia utwierdzała ją też okoliczność, że w toku pobierania świadczeń kilkakrotnie przechodziła ona kontrole ZUS, podczas których nie kwestionowano jej prawa do świadczeń i wszystkie świadczenia były wypłacane przez ZUS w terminie. Podkreślenia wymaga, że jak wynika z zeznań odwołującej, jej męża oraz przedstawionej dokumentacji lekarskiej wynika, że przez cały okres pobierania spornych świadczeń E. D. leczyła się psychiatrycznie, z powodu zdiagnozowanej u niej depresji, w związku z czym zażywała leki antydepresyjne, które zapewne nie pozostały bez wpływu na jej percepcję i sposób pojmowania rzeczywistości.

Organ, wszczynając postępowanie wyjaśniające, powołał się także na fakt opłacenia przez odwołującą, zanim zaczęła korzystać ze świadczeń, składek na ubezpieczenia od najwyższej podstawy wymiaru. Nastąpiło to po 1,5 - rocznym okresie deklarowana przez nią najniższej podstawy wymiaru składek podczas prowadzonej działalności gospodarczej. Nie ma to większego znaczenia dla oceny obowiązku zwrotu przez odwołującą pobranych świadczeń. Organ, po przeprowadzonej kontroli, nie zmniejszył podstawy wymiaru składek, kwestionując jej wysokość, lecz całkowicie wyłączył E. D. z ubezpieczeń, z uwagi na fakt, iż faktycznie nie prowadziła działalności gospodarczej, co znalazło później potwierdzenie w orzeczeniach sądów. Organ nie kwestionował zresztą wcześniej zgłoszonej przez odwołującą podstawy wymiaru składek i wypłacał świadczenia w wysokości jej pochodnej. Zgłoszenie wysokiej podstawy wymiaru składek nie jest wystarczające do stwierdzenia, że świadczeniobiorca świadomie wprowadził w błąd organ w celu uzyskania zasiłku chorobowego w nienależnej wysokości (por. wyrok Sądu Najwyższego z 30 stycznia 2019r., w sprawie I UK 416/17, OSNP 2019/7/90). Odwołująca, deklarując opłacanie składek od najwyższej podstawy wymiaru, kierowała się treścią przepisów prawa. Zgodnie z art. 18 ust. 8 ustawy systemowej - podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe ubezpieczonych, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 5 i 5a, stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek, ogłoszonego w trybie art. 19 ust. 10 na dany rok kalendarzowy. Składka w nowej wysokości obowiązuje od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia danego roku. W myśl zaś przepisu art. 20 ust. 3 tej ustawy - Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe osób, które ubezpieczeniu chorobowemu podlegają dobrowolnie, nie może przekraczać miesięcznie 250% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w art. 19 ust. 10. Wykładnia językowa tych przepisów prowadzi do wniosku, że ustawa systemowa pozawala osobom prowadzącym pozarolniczą działalność samodzielnie określać i deklarować wysokość podstawy



wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne, zakreślając jedynie jej dolną granicę. W przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą obowiązek opłacania składek na ubezpieczenia społeczne i ich wysokość nie są powiązane z osiągniętym faktycznie przychodem, lecz wyłącznie z istnieniem obowiązkowego tytułu podlegania ubezpieczeniom i zadeklarowaną przez ubezpieczonego kwotą, niezależnie od tego, czy ubezpieczony osiąga przychody i w jakiej wysokości.

Należy zaznaczyć w tym miejscu, że interpretacja cytowanych przepisów przez judykaturę, a także jej pogląd co do możliwości zakwestionowania przez organ zadeklarowanej podstawy wymiaru przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą zmieniała się w czasie. W uchwale Sądu Najwyższego z dnia 21 kwietnia 2010r. wydanej w składzie 7 sędziów w sprawie II UZP 1/10 stwierdzono, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie jest uprawniony do kwestionowania kwoty zadeklarowanej przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność jako podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, jeżeli mieści się ona w granicach określonych ustawą z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. Argumentacja przyjęta w tej uchwale była w kolejnych latach powielana w orzecznictwie sądów. I tak np. w wyroku Sądu Apelacyjnego w (...) z dnia 19 grudnia 2016 r. III AUa 1347/15 wskazano, że po stronie płatnika - przedsiębiorcy istnieje uprawnienie do zadeklarowania dowolnej kwoty, w ustawowych granicach, jako podstawy wymiaru składek, jest to jego wyłączna decyzja i jakakolwiek ingerencja w tę sferę Zakładu Ubezpieczeń Społecznych jest niedopuszczalna, niemożliwe jest także kwestionowanie zadeklarowanej podstawy z powołaniem się na art. 58 k.c. czy art. 5 k.c., ponieważ deklaracja podstawy wymiaru składek nie jest czynnością prawa cywilnego. W wyroku Sądu Apelacyjnego w (...) z dnia 28 grudnia 2016r., III AUa 53/16 stwierdzono zaś, że w przypadku objęcia ubezpieczeniami społecznymi osób prowadzących działalność gospodarczą, brak jest podstaw do kwestionowania ich tytułu ubezpieczenia z uwagi na reguły słuszności określone w kodeksie cywilnym. Podobnie stwierdzono w wyroku S. Apelacyjnego w (...) z dnia 10 marca 2016r., III AUa 1143/15 i w wyroku Sądu Apelacyjnego w (...) z dnia 7 marca 2017r., III AUa 825/16. Dopiero od pewnego czasu można dostrzec w orzecznictwie Sądu Najwyższego nurt zmierzający do zmiany wcześniejszego stanowiska. W orzeczeniach Sądu Najwyższego z dnia 5 września 2018r. w sprawie I UK 208/17 oraz z dnia 17 października 2018r. w sprawach II UK 301/17 i II UK 302/17 opowiedziano się za dopuszczalnością korygowania przez ZUS zawyżonych podstaw wymiaru składek. W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2019r. w sprawie I UK 296/18 wyrażono zaś pogląd pośredni, że organowi ubezpieczeń społecznych nie przysługuje uprawnienie do kontroli i korygowania zawyżonych podstaw wymiaru składek, jeżeli działalność gospodarcza jest faktycznie wykonywana co można dostrzec na pierwszy rzut oka.

Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych znana była też podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe, zatem jako błędne należy uznać zachowanie polegające na wypłacie zasiłków bez wcześniejszego rozwiania wątpliwości i zakwestionowania podstawy wymiaru świadczeń. Także ten błąd ten wyklucza ustalenie decyzją organu rentowego obowiązku zwrotu świadczeń wypłaconych odwołującej w zawyżonej wysokości (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 stycznia 2019 r., I UK 416/17, OSNP 2019/7/90). W orzecznictwie sądowym utrwalony jest pogląd, że jeśli organ rentowy na podstawie nieudokumentowanego wniosku lub na podstawie stanu faktycznego niewyjaśnionego wskutek własnych zaniedbań przyzna wnioskodawcy świadczenia, do których prawo nie istnieje, wadliwość ta i jej konsekwencje materialne nie mogą być uznane za wynik sprzecznej z prawem działalności wnioskodawcy ani objaw złej woli z jego strony, nie mogą więc stanowić podstawy do obciążenia świadczeniobiorcy obowiązkiem zwrotu niesłusznie wypłaconej sumy (uchwała Sądu Najwyższego z dnia 21 maja 1984 r., III UZP 20/84, OSNCP 1985 nr 1, poz. 3, z dnia 20 listopada 2001 r., II UKN 617/00, OSNP 2003, nr 16, poz.389).

Przy takim brzmieniu przepisów ustawy systemowej i zmieniającym się sposobie interpretowania tych przepisów przez sądy, ciężko przyjąć, aby odwołująca, deklarując w 2015 r., jako przedsiębiorca, najwyższą możliwą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia, złożyła nieprawdziwe zeznania lub fałszywe dokumenty, bądź w inny sposób świadomie wprowadziła w błąd organ wypłacający świadczenia.

Obowiązek zwrotu świadczenia obciąża tylko tego, kto przyjął świadczenie w złej wierze, mając świadomość jego nienależności. Dotyczy to zarówno osoby, która została pouczone o okolicznościach dotyczących braku prawa do pobierania świadczenia (art. 84 ust. 2 pkt 1 ustawy systemowej), 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). Przyjmuje się w orzecznictwie i doktrynie, 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 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 konstruktywną, odróżniającą od innych uchybień, jest istnienie fałszywego wyobrażenia organu rentowego o stanie uprawnień wnioskodawcy, wywołanego na skutek świadomego zachowania osoby pobierającej świadczenia (wyroki Sądu Najwyższego z dnia 16 grudnia 2008 r., I UK 154/08, OSNP 2010 mr 11-12, poz 148, z dnia 5 kwietnia 2001 r., II UKN 309/00, OSNP 2003 nr 2, poz 44., z dnia 8 stycznia 1999 r., II UKN 406/98, OSNAPIUS 2000 nr 5, poz 196).

Reasumując należy wskazać, że wypłacone E. D. sporne zasiłki (chorobowy, opiekuńczy, macierzyński) były, jak przesądzone prawomocnie w postępowaniu VI U 565/19, świadczeniami nieprzysługującymi, ale na gruncie niniejszej sprawy nie świadczeniami nienależnie pobranymi w rozumieniu art. 84 ust 2 ustawy systemowej. Odwołująca nie sfałszowała żadnych dokumentów, nie złożyła nieprawdziwych zeznań, jak też świadomie nie wprowadziła w błąd organu rentowego.

Mając na uwadze wszystko powyższe sąd na podstawie art. 477<sup>14</sup> § 2 k.p.c. zmienił zaskarżoną decyzję w części dotyczącej obowiązku zwrotu świadczeń. W pozostałym zaś zakresie, którego nie obejmowało rozstrzygnięcie o umorzeniu postępowania, odwołania, na podstawie (...) § 1 k.p.c., oddalono.

Na marginesie należy stwierdzić tylko, że organ zobowiązując w decyzji znak (...) E. D. do zwrotu zasiłku za chorobowego za okres od 7.08.2018 r. do 28.02.2019 r. pomylił się, ponieważ od 22.10.2018 r. (do 20.10.2019 r.) pobierała już ona zasiłek macierzyński, do którego zwrotu również ją zobowiązano w ww. decyzji.

W pkt IV wyroku sąd orzekł o kosztach procesu mając na uwadze art. 100 k.p.c. Sąd uznając, iż skoro w zakresie dotyczącym obowiązku zwrotu świadczeń odwołująca wygrała spór, zaś w zakresie dotyczącym prawa do świadczeń przegrała (również w części, w której umorzono postępowanie na skutek cofnięcia odwołania), zasadnym było zniesienie pomiędzy stronami kosztów procesu. Na koszty te składała się po obu stronach kwota 360 zł (2 x 180 zł zgodnie z § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych).

Ustaień faktycznych dokonano na podstawie zgromadzonych dokumentów w sprawie niniejszej (w tym dokumentów w aktach organu i aktach z postępowania wyjaśniającego) oraz w aktach sprawy VI U 565/19, których rzetelność i autentyczność nie była podważana oraz na podstawie zeznań odwołującej E. D. i świadka K. A., których zeznania korespondowały z pozostałym materiałem dowodowym i nie było podstaw do odmówienia im wiarygodności.

## ZARZĄDZENIE

1. (...),

2. (...),

3. (...)

4. (...)

4.07.2023 r.