

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 26 stycznia 2022 r., znak (...), Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. zobowiązał K. W. do zwrotu nienależnie pobranego świadczenia rehabilitacyjnego w okresie od 1 grudnia 2018 r. do 4 listopada 2019 r., w łącznej kwocie 19.036,95 zł. W uzasadnieniu decyzji wskazał, że po ustaniu zatrudnienia ubezpieczony kontynuował wcześniej podjętą działalność gospodarczą stanowiącą tytuł do objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Z tego względu, mając na uwadze iż został on stosownie pouczony o okolicznościach wyłączających prawo do świadczeń z ubezpieczenia społecznego, w ocenie organu otrzymane przez ubezpieczonego świadczenie rehabilitacyjne należy uznać za nienależnie pobrane i podlegające zwrotowi.

Ubezpieczony K. W. wniósł odwołanie od powyższej decyzji. W uzasadnieniu swojego stanowiska argumentował, powołując się na poglądy doktryny i judykatury, że nie sposób mu przypisać złej woli w pobieraniu świadczenia rehabilitacyjnego. Przeczył temu, aby został właściwie pouczony o okolicznościach, których wystąpienie powoduje brak prawa do świadczeń, podkreślając, że gdyby miał on taką wiedzę to z pewnością dokonałby zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu ubezpieczenia i dopiero wystąpił o świadczenia. W ocenie ubezpieczonego, fakt, iż dowiedział się o tym, że pobrane przez niego świadczenie jest nienależne po zaprzestaniu jego wypłaty, prowadzi do wniosku, że nie ma on obowiązku zwrotu otrzymanych kwot, bowiem w chwili ich pobierania był przeświadczony, iż ma do nich prawo. Dodatkowo, ubezpieczony podniósł, że organ niesłusznie domaga się zwrotu świadczeń za okres ponad 3 lat od wydania zaskarżonej decyzji.

W odpowiedzi na odwołanie organ wniósł o jego oddalenie wywodząc jak w uzasadnieniu decyzji. Wskazał nadto, odnosząc się do twierdzeń ubezpieczonego o niezasadnym żądaniu przez organ kwot za okres dłuższy niż 3 lata od daty wydania decyzji, że obowiązkowi zwrotu podlegają niezależne świadczenia za okres ostatnich trzech lat, licząc wstecz od ostatniego dnia, za który pobrano nienależnie świadczenie, a więc od 4 listopada 2019 r., co czyni zarzuty ubezpieczonego bezzasadnymi.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

K. W. od dnia 1 grudnia 2016 r. był zatrudniony w pełnym wymiarze czasu pracy w (...) spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w K.. Z tego tytułu do 30 listopada 2018r. podlegał ubezpieczeniu chorobowemu.

Niesporne , nadto dowód: zaświadczenie płatnika składek – nienumerowane karty pliku akt organu.

W okresie od 10 listopada 2018 r. do 4 listopada 2019 r. K. W. pobierał świadczenie rehabilitacyjne. Organ rentowy ustalił prawo ubezpieczonego do świadczeń rehabilitacyjnych na mocy następujących po sobie decyzji:

1. z dnia 18 grudnia 2018 r. za okres 10 listopada 2018r. do 7 lutego 2019 r.,
2. z dnia 1 marca 2019 r. za okres 8 lutego 2019 r. do 8 maja 2019 r.,
3. z dnia 29 maja 2019 r. za okres od 9 maja 2019 r. do 6 sierpnia 2019 r.,
4. z dnia 10 stycznia 2020 r. za okres 7 sierpnia 2019 r. do 4 listopada 2019 r.

Każda z wydanych decyzji zawierała w swojej treści pouczenie o tym, że świadczenie rehabilitacyjne nie przysługuje po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli osoba niezdolna do pracy kontynuuje lub podjęła działalność zarobkową. Organ w pouczeniu wskazał również, że o okolicznościach mających wpływ na uprawnienia warunkujące świadczenia rehabilitacyjne należy powiadomić organ dokonujący jego wypłaty.

Niesporne , nadto dowód: decyzja organu z 18.12.2018 r., znak (...) - (...), decyzja organu z 1.03.2019 r., znak (...) - (...), decyzja organu z 29.05.2019 r., znak (...) - (...), decyzja organu z 10.01.2020 r., znak (...) – w pliku akt rentowych organu.

Pouczenie o tożsamej treści zawarto również na druku oświadczenia, które złożył ubezpieczony, wnosząc o świadczenie rehabilitacyjne w dniu 11 grudnia 2018 r. W wypełnionym przez niego formularzu wskazano bowiem, że świadczenie rehabilitacyjne nie przysługuje osobie po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, która kontynuuje lub podjęła działalność zarobkową stanowiącą tytuł do objęcia obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym albo zapewniającą prawo do świadczeń za okres niezdolności do pracy z powodu choroby. Nadto poinformowano, że w przypadku, gdy osoba pobierająca świadczenie rehabilitacyjne nie poinformuje o zaistnieniu okoliczności mających wpływ na prawo do tych świadczeń, zostaną one uznane za nienależnie pobrane i będą podlegały zwrotowi wraz z odsetkami w wysokości i na zasadach określonych w przepisach prawa cywilnego.

Dowód : oświadczenie z dnia 11 grudnia 2018 r. – w pliku akt rentowych.

Od 28 czerwca 2001 r. K. W. rozpoczął działalność gospodarczą pod firmą Firma Handlowo – Usługowa (...), która koncentruje się na prowadzeniu pola namiotowego w N.. Wznowienie tej działalności nastąpiło 1 lipca 2018 r. Pole namiotowe ma powierzchnię około 3-4 tys. metrów kwadratowych i może pomieścić 30 namiotów. Prowadzenie pola namiotowego wiąże się z przyjmowaniem gości, wypełnianiem dokumentów związanych z ich pobytem, utrzymywaniem porządku, sprzątaniami sanitariatów. Jest to działalność sezonowa, wykonywana w miesiącach letnich, przy której pomaga ubezpieczonemu żona - R. W., jako osoba współpracująca przy prowadzeniu działalności gospodarczej. W sezonie 2019 r., wobec niezdolności do pracy K. W. spowodowanej uszkodzeniem stawu kolanowego, pole namiotowe prowadziła, z pomocą synów, R. W.. W lipcu 2019 r. działalność gospodarcza prowadzona pod firmą Firma Handlowo – Usługowa (...) przyniosła rodzinie przychód w wysokości 6.682 zł, zaś w sierpniu 5.200 zł.

Dowód : wydruk z (...) dot. działalności gospodarczej ubezpieczonego, przesłuchanie K. W. w charakterze strony – k. 29-29v., zeznania świadka R. W. – k. 29v., księga przychodów i rozchodów za 2019 r. – k. 32-44.

Sąd zważył, co następuje:

Odwołanie okazało się niezasadne.

Kwestię świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, do których należy świadczenie rehabilitacyjne regulują przepisy ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jedn.: Dz. U. z 2022 r. poz. 1732) - zwanej dalej „ustawą zasiłkową”.

W myśl art. 18 ustawy świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy. Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy. W niniejszej sprawie bezspornym było, iż stan zdrowia ubezpieczonego uzasadniał przyznanie mu świadczenia rehabilitacyjnego. Osłą sporu między stronami pozostawało, czy otrzymane przez K. W. świadczenia były mu należne w świetle okoliczności wskazujących na kontynuowanie przez ubezpieczonego działalności zarobkowej.

Zgodnie z treścią art. 22 ustawy zasiłkowej, do świadczenia rehabilitacyjnego stosuje się odpowiednio przepisy art. 11 ust. 4 i 5, art. 12, art. 13 ust. 1, art. 15 i 17 ustawy zasiłkowej dotyczące zasiłków chorobowych, a wskazujące między innymi przypadki, w których prawo do zasiłku chorobowego ubezpieczonym nie przysługuje. Analogicznie więc jak w przypadku zasiłku chorobowego, świadczenie rehabilitacyjne warunkowane niezdolnością do pracy powstała w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego, jak i z tytułu niezdolności do pracy powstałej po ustaniu tytułu ubezpieczenia nie przysługuje za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli osoba niezdolna do pracy kontynuuje działalność zarobkową lub podjęła działalność zarobkową stanowiącą tytuł do objęcia obowiązkowo lub dobrowolnie

ubezpieczeniem chorobowym albo zapewniającą prawo do świadczeń za okres niezdolności do pracy z powodu choroby (art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej).

Świadczenia z ubezpieczenia społecznego mają na celu zapewnienie środków utrzymania ubezpieczonemu, który z różnych powodów nie ma w danym okresie możliwości uzyskiwania dochodu z działalności wykonywanej osobiście, niezależnie od jej podstawy. Analogiczną funkcję pełni świadczenie rehabilitacyjne zastępujące utracony zarobek. W orzeczeniu z dnia 4 czerwca 2012 roku wydanym w sprawie o sygnaturze akt I UK 13/12 (LEX nr 1218583) Sąd Najwyższy wyjaśnił, że ryzykiem chronionym jest w tym przypadku niemożność wykonywania (kontynuowania lub podjęcia) każdej działalności zarobkowej, zarówno tej, której wykonywanie dawało tytuł do objęcia ubezpieczeniem, jak i wykonywanej równoległe z taką działalnością, a ponadto jakiegokolwiek nowej działalności dającej źródło utrzymania. W uzasadnieniu cytowanego wyroku Sąd Najwyższy zwrócił uwagę, że tylko faktyczne wykonywanie działalności zarobkowej powoduje utratę prawa do świadczenia. Nadto, Sąd Najwyższy podkreślił, że „zasiłek nie przysługuje jedynie w okresie trwania wymienionych w nim [w art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy] okoliczności”. Pojęcie działalności zarobkowej, niezdefiniowane ani na gruncie ustawy zasiłkowej ani w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych, należy natomiast rozumieć szeroko. W sensie rodzajowym wchodzi tu w grę każda praca (działalność) zarobkowa, mogąca stanowić źródło dochodów (H. Pławucka, glosa do uchwały SN z dnia 30 sierpnia 2001 r., III ZP 11/200, OSP 2002, z. 12, poz. 599).

Trudności interpretacyjnych w judykaturze nastęczało jednak sformułowanie "jeżeli osoba niezdolna do pracy kontynuuje działalność zarobkową lub podjęła działalność zarobkową stanowiącą tytuł do objęcia obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym" użyte w art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej. Przepis ten może być rozumiany albo bardziej rygorystycznie - wówczas do pozbawienia prawa do zasiłku chorobowego (świadczenia rehabilitacyjnego) wystarczające jest samo formalne podjęcie (kontynuowanie) działalności gospodarczej, albo bardziej liberalnie - wówczas pozbawienie prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego jest konsekwencją rzeczywistego, a nie jedynie formalnego podjęcia (kontynuowania) tej działalności. Sąd Najwyższy w trafnym wyroku z dnia 29 kwietnia 2021 r. wydanym w sprawie prowadzonej pod sygn. I USKP 27/21 (OSNP 2022 nr 4, poz. 38, str. 74) stwierdził, że ze swej istoty działalność gospodarcza jest nastawiona na zysk, czyli jej prowadzenie zakłada, że przychód będzie wyższy od kosztów jego uzyskania, a dochód netto (rozumiany jako przychód pomniejszony o koszty jego uzyskania, z odliczeniem następnie wszelkich obciążeń publicznoprawnych, w tym podatków i składek na ubezpieczenia społeczne), stanowiący zysk przedsiębiorcy, pozwoli na jego utrzymanie. Jeżeli przedsiębiorca z powodu niezdolności do pracy spowodowanej chorobą nie może prowadzić działalności gospodarczej i w związku z tym uzyskiwać przychodu (dochodu i zysku), to źródłem jego utrzymania staje się zasiłek chorobowy (następnie świadczenie rehabilitacyjne). Warunkiem uznania, że ubezpieczony kontynuuje prowadzenie działalności gospodarczej, które to wyklucza dalsze pobieranie świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, jest stwierdzenie, w oparciu o odpowiednie ustalenia faktyczne, że dana osoba rzeczywiście prowadzi lub prowadziła działalność zarobkową wykonywaną w sposób zorganizowany i ciągły (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 lipca 2019 r., I UK 100/18, OSNP 2020 nr 8, poz. 81). W świetle utrwalonego orzecznictwa Sądu Najwyższego dotyczącego podlegania ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej należy stwierdzić, że wpis do ewidencji tej działalności (rejstru) stwarza domniemanie jej prowadzenia. Domniemanie to może zostać obalone w razie udowodnienia, że działalność ta nie była prowadzona wskutek zaistnienia szczególnych, zazwyczaj losowych, okoliczności. W takich okolicznościach nie powstaje obowiązek ubezpieczenia społecznego, a co za tym idzie nie powstaje tytuł do objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Sąd Najwyższy w cytowanym orzeczeniu podkreślił, że zachowanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego miałyby miejsce w razie udowodnienia przez ubezpieczonego, że faktycznie tej działalności nie prowadził. Gdyby wnioskodawca nie obalił domniemania wynikającego z zarejestrowania działalności, należałoby przyjąć, że w tym okresie nabył nowy tytuł do objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Pozbawienie prawa do zasiłku mogłoby mieć miejsce jedynie w razie faktycznej możliwości uzyskiwania przez skarżącego dochodów z powodu kontynuowania działalności zarobkowej.

Sąd Najwyższy w uzasadnieniu przywołanego wyroku z dnia 29 kwietnia 2021 r. zaakcentował również, że w przypadku gdyby ubezpieczony faktycznie tej działalności nie prowadził, a czynności związane z jej prowadzeniem wykonywałyby

w jego zastępstwie inne osoby, istotnym dla uznania, czy ubezpieczony kontynuuje działalność zarobkową, jest ustalenie, w jaki sposób dochody uzyskiwane z prowadzonej działalności dzielone są pomiędzy świadczeniobiorcę a działającego w jego zastępstwie. Jeżeli w dyspozycji ubezpieczonego pozostawały dochody z tytułu działalności gospodarczej, uznać należy iż ubezpieczony kontynuuje działalność zarobkową a tym samym spełniona jest przesłanka negatywna warunkująca prawo do świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Zapatrywania Sądu Najwyższego na wykładnię art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej Sąd orzekający w niniejszej sprawie w pełni podziela i przyjmuje za własne.

Przenosząc te rozważania na grunt niniejszej sprawy, należy wskazać, że ubezpieczony konsekwentnie przeczył temu, aby kontynuował działalność zarobkową w okresie pobierania świadczenia rehabilitacyjnego. Podnosił, że wobec uszkodzenia stawu kolanowego nie był on w stanie prowadzić pola namiotowego i z tego względu czynności takie jak przyjmowanie gości, wypełnianie dokumentów związanych z ich pobytem, utrzymywanie porządku czy sprzątanie sanitariatów wykonywała, z pomocą synów, współpracująca przy prowadzeniu działalności gospodarczej żona ubezpieczonego, R. W.. Twierdzenia ubezpieczonego znalazły odzwierciedlenie w zeznaniach złożonych przez R. W.. Sąd, mając na uwadze, że świadek, z racji stosunków rodzinnych, był żywo zainteresowany korzystnym dla ubezpieczonego rozstrzygnięciem, z dużą dozą ostrożności podszedł do oceny tego dowodu. Tym niemniej spontaniczność oraz spójność owych zeznań z twierdzeniami ubezpieczonego, nie pozwalała pozbawić depozycji waloru dowodowego. Fakt wykazania przez K. W., iż nie wykonywał on czynności związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej, w świetle przytoczonych rozważań Sądu Najwyższego, samodzielnie nie przesądzał o tym, że nie kontynuował on działalności zarobkowej. Ze złożonych na zobowiązanie Sądu ksiąg przychodów i rozchodów za rok 2019 r. wynika, że prowadzone z udziałem R. W. pole namiotowe przyniosło w okresie lipiec-sierpień 2019 r. łączny przychód w wysokości 11.882 zł. Kwota ta pomniejszona o koszty uzyskania przychodu, z odliczeniem następnie wszelkich obciążeń publicznoprawnych, w tym podatków i składek na ubezpieczenia społeczne, pozostawała do dyspozycji małżonków, prowadzących wspólne gospodarstwo domowe. Innymi słowy oznacza to, że wnoszący odwołanie partycypował w uzyskiwanym z prowadzenia działalności gospodarczej dochodzie, a to z kolei przesądza o tym, że kontynuował działalność zarobkową. Mając wszystko powyższe, Sąd doszedł do przekonania, że ubezpieczonemu nie przysługuje prawo do świadczenia rehabilitacyjnego w okresie spornym.

Brak prawa K. W. do świadczenia rehabilitacyjnego nie przesądzał jeszcze o konieczności zwrotu pobranych już z tego tytułu kwot. Należało więc rozważyć, czy zachodzą warunkujące taki zwrot przesłanki określone w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 1009), dalej jako ustawa systemowa. Zgodnie z treścią art. 84 przywołanej ustawy, 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 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. Nie ulega wątpliwości, że pouczenie o okolicznościach, których wystąpienie spowoduje brak prawa do świadczeń, nie może odnosić się indywidualnie do pobierającego świadczenie, gdyż nie da się przewidzieć, które z okoliczności przewidzianych w licznych przepisach wystąpią u konkretnego świadczeniobiorcy. W takim sensie wystarczające jest przytoczenie przepisów określających te okoliczności. Pouczenie musi być jednak na tyle zrozumiałe, aby pobierający świadczenie mógł je odnieść do własnej sytuacji. Jednocześnie celem pouczenia nie jest wyczerpujące wyjaśnienie sytuacji prawnej i faktycznej ubezpieczonego, lecz pouczenie o konsekwencjach prawnych niezastosowania się ubezpieczonego do dyspozycji normy prawnej (por. Wyrok Sądu Najwyższego – Izby Pracy, (...) i Spraw Publicznych z dnia 14 marca 2006 r., sygn. I UK 161/05, OSNP 2007 nr 5-6, poz. 78). Obowiązkiem organu rentowego zatem jest poinformowanie ubezpieczonego, że utraci prawo do świadczenia, gdy wystąpią okoliczności, które zgodnie z przepisami prawa spowodują utratę tego prawa. W ocenie Sądu, posłużenie się przez organ sformalizowanymi drukami oświadczeń składanymi przez ubezpieczonych wraz z wnioskiem o świadczenia rehabilitacyjne, w których zawarto stosowane pouczenia, czyni zadość wskazanemu obowiązkowi. W poddanym pod rozagę Sądu stanie faktycznym, K. W. przed rozpoczęciem pobierania świadczeń rehabilitacyjnych, złożył w dniu 11 grudnia 2018 r. własnoręczne podpisane oświadczenie na druku ZUS Z-10, które zawierało czytelne pouczenie o tym, że świadczenie rehabilitacyjne nie przysługuje osobie po

ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, która kontynuuje lub podjęła działalność zarobkową stanowiącą tytuł do objęcia obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym albo zapewniającą prawo do świadczeń za okres niezdolności do pracy z powodu choroby. Nadto poinformowano, że w przypadku, gdy osoba pobierająca świadczenie rehabilitacyjne nie poinformuje o zaistnieniu okoliczności mających wpływ na prawo do tych świadczeń, zostaną one uznane za nienależnie pobrane i będą podlegały one zwrotowi wraz z odsetkami w wysokości i na zasadach określonych w przepisach prawa cywilnego. Pouczenie o tożsamej treści zawierała także każda z decyzji organu rentowego, na mocy której przyznawano ubezpieczonemu prawo do ww. świadczeń. Nie zasługują na aprobatę twierdzenia ubezpieczonego, jakoby w złożonym przez niego oświadczeniu na druku ZUS Z-10 pouczenie było jedynie „rzekome”. Informacja została umiejscowiona tuż pod miejscem na podpis osoby ubiegającej się o świadczenie rehabilitacyjne i oznaczona słowem „pouczenie” pisanym wielkimi literami, wytłuszczonym drukiem. Z całą stanowczością należy podkreślić, że błędne zrozumienie prawidłowego pouczenia bądź niezapoznanie się z jego treścią obciąża wyłącznie ubezpieczonego. Zlekceważenie przez ubezpieczonego kierowanych do niego pouczeń żadną miarą nie może być uznane za brak odpowiedniego pouczenia ze strony organu. Sąd, po dokonaniu analizy zgromadzonego materiału dowodowego, stanął na stanowisku, że wypłacona ubezpieczonemu kwota 19.036,95 zł jest w istocie kwotą nienależnie pobraną, zaś na ubezpieczonym ciąży obowiązek jej zwrotu.

Obowiązek ten – w przypadku udzielonego pouczenia – jest niezależny od dobrej albo złej woli ubezpieczonego przy pobieraniu świadczenia. Wynika to wprost z treści art. 84 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Ustawodawca uznał, że jeżeli osoba ubezpieczona została pouczona o możliwości utraty prawa do świadczenia w określonych okolicznościach, a mimo to pobiera świadczenie, to każdorazowo będzie obowiązana do jego zwrotu.

W tym miejscu wypada odnotować, że za bezzasadny należało uznać zarzut podniesiony przez odwołującego, jakoby organ domagał się od niego zwrotu świadczeń za okres dłuższy niż 3 lata. W istocie, zgodnie z treścią art. 84 ust. 3 ustawy systemowej, nie można żądać zwrotu kwot nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych za okres dłuższy niż ostatnie 12 miesięcy, jeżeli osoba pobierająca świadczenia zawiadomiła organ wypłacający świadczenia o zajściu okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty, a mimo to świadczenia były nadal wypłacane, a w pozostałych przypadkach - za okres dłuższy niż ostatnie 3 lata. Niemniej jednak zgodnie z już utrwalonym poglądem dominującym w orzecznictwie, trzyletni okres, za który organ rentowy może żądać zwrotu nienależnie pobranych obejmuje okres do ostatniej wypłaty (pobrania) nienależnego świadczenia. Wskazać przy tym należy, że wbrew twierdzeniom organu, przywołany przepis nie reguluje terminów przedawnienia żądania (roszczenia) zwrotu nienależnie pobranych świadczeń. Termin przedawnienia należności z tytułu nienależnie pobranych świadczeń określa wprost art. 84 ust. 7 ustawy systemowej, który stanowi, że należności z tytułu nienależnie pobranych świadczeń ulegają przedawnieniu po upływie 10 lat, licząc od dnia uprawomocnienia się decyzji ustalającej te należności, z uwzględnieniem przepisów ustawy dotyczących biegu terminu przedawnienia. W świetle powyższego, nieuprawnione zatem pozostają twierdzenia ubezpieczonego, iż żądanie organu winno być ograniczone do trzech lat wstecz licząc od daty wydania zaskarżonej decyzji, to jest od dnia 26 stycznia 2022 r. Decyzja ta kreuje obowiązek zwrotu nienależnie pobranych świadczeń w tym znaczeniu, że bez wydania takiej decyzji kształtującej zobowiązanie do zwrotu należności z tytułu nienależnie pobranych świadczeń świadczeniobiorca nie ma takiej prawnej powinności (obowiązku zwrotu) jednak, jak wskazano powyżej, data jej wydania nie warunkuje okresu, za jaki można żądać zwrotu.

Wobec tak przeprowadzonych ustaleń, na podstawie całości materiału dowodowego, Sąd uznał, że decyzja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w K. z dnia 26 stycznia 2022 r., znak (...), odpowiada prawu i w oparciu o treść art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. odwołanie oddalił.

O kosztach procesu Sąd orzekł w oparciu o zasadę odpowiedzialności za wynik procesu. W myśl art. 98 k.p.c. strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony. W niniejszej sprawie organ rentowy reprezentowany był przez profesjonalnego pełnomocnika – radcę prawnego, którego minimalne wynagrodzenie, w związku z przedmiotem sprawy – wynosiło 180 zł (§ 9 ust. 2 obowiązującego w dniu złożenia odwołania rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat

za czynności radców prawnych z dnia 22 października 2015 r.) i taką też kwotę zasądzono od ubezpieczonego na rzecz organu w punkcie II wyroku.

ZARZĄDZENIE

1. (...)

2. (...) (...) (...)

3. (...)

4. (...)

30.12.2022