

Sygn. akt IV Ua 16/22

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

20 lipca 2022 roku

Sąd Okręgowy w Sieradzu IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w składzie:

Przewodniczący: sędzia Sławomir Matusiak

Protokolant: st. sekr. sąd. Ewelina Kubiczak – Kleśta

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 20 lipca 2022 roku w Sieradzu

sprawy z odwołania E. W.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddział Ł.

z 5 sierpnia 2021 roku Nr (...)

o zasiłek chorobowy, zasiłek opiekuńczy, zasiłek macierzyński oraz zwrot zasiłku chorobowego, zasiłku opiekuńczego, zasiłku macierzyńskiego wraz z odsetkami

na skutek apelacji E. W.

od wyroku Sądu Rejonowego w Sieradzu - Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 21 lutego 2022 roku sygn. akt IV U 220/21

oddala apelację.

Sygn.akt IV Ua 16/22

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 5 sierpnia 2021r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, I Oddział w Ł.: odmówił E. W. prawa do:

- zasiłku chorobowego za okresy: 23.09.2016-07.01.2017,10.01-26.02.2017, 28.02-26.03.2017,19-25.06.2017,04-11.08.2017,18-24.09.2017,27.09-15.10.2017, 02-05.11.2017,08.11.2017-15.04.2018,

- zasiłku opiekuńczego za okres 27.06-04.07.2017;

- zasiłku macierzyńskiego za okres 16.04.2018-14.04.2019;

oraz zobowiązał E. W. do zwrotu nienależnie pobranego:

- zasiłku chorobowego z funduszu chorobowego w kwocie 53 743,90 zł. za okresy: 23.09.2016-07.01.2017,10.01-26.02.2017,28.02-26.03.2017,19-25.06.2017, 04-11.08.2017,18-24.09.2017, 27.09-15.10.2017, 02-05.11.2017,08.11.2017-15.04.2018

- zasiłku opiekuńczego z funduszu chorobowego w kwocie 1 000,16 zł. za okres 27.06-04.07.2017

- zasiłku macierzyńskiego z funduszu chorobowego w kwocie 45 507,28 zł. za okres 16.04.2018-14.04.2019

w łącznej kwocie 100 251,34 zł oraz do zapłaty odsetek.

W uzasadnieniu organ rentowy wskazał, że na podstawie posiadanej dokumentacji wypłacono E. W. m.in. zasiłek chorobowy za okresy 23.09.2016-07.01.2017, 10.01-26.02.2017, 28.02-26.03.2017, 19-25.06.2017, 04-11.08.2017, 18-24.09.2017, 27.09 -15.10.2017, 02-05.11.2017, 08.11.2017-15.04.2018, zasiłek opiekuńczy za okres 27.06-04.07.2017 oraz zasiłek macierzyński za okres 16.04.2018 -14.04.2019 z tytułu prowadzonej od 14.11.2013 działalności gospodarczej E. W. NIP: (...). Jednocześnie organ zaznaczył, że zgodnie z decyzją nr (...) z 28.11.2019 E. W. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresach 16.09.2016 -15.04.2018, 15.04.2019-12.07.2019 oraz 01-30.09.2019. Odwołanie ubezpieczonej od tej decyzji zostało oddalone wyrokiem Sądu Okręgowego w Sieradzu z 28.08.2020 r. akt IV U 86/20 z 28.08.2020, zaś apelacja ubezpieczonej została oddalona wyrokiem Sądu Apelacyjnego sygn. akt III AUa 1946/2020. Nadto E. W. nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu również w okresie 16.04.2018-14.04.2019. Organ skonstatował, że jako osoba nie objęta ubezpieczeniem chorobowym, E. W. nie zachowuje prawa do świadczeń z tytułu choroby i macierzyństwa a co za tym idzie zasiłek chorobowy wypłacony za okresy 23.09.2016-07.01.2017, 10.01-26.02.2017, 28.02-26.03.2017, 19-25.06.2017, 04-11.08.2017, 18-24.09.2017, 27.09-15.10.2017, 02.05.11.2017, 08.11.2017 -15.04.2018, zasiłek opiekuńczy wypłacony za okres 27.06-04.07.2017 oraz zasiłek macierzyński wypłacony za okres 16.04.2018-14.04.2019 stały się świadczeniami nienależnymi i podlegają zwrotowi w łącznej kwocie 100 251,34 zł.

W odwołaniu od powyższej decyzji pełnomocnik E. W. wskazał, że ZUS nie ma prawa żądać zwrotu wypłaconych świadczeń w sytuacji, kiedy odwołująca nie została poinformowana o toczącym się postępowaniu wyjaśniającym w przedmiocie zwrotu świadczeń, a co za tym nie miała nawet prawa jako strona postępowania do złożenia jakichkolwiek wyjaśnień i wypowiedzenia się co do zebranego materiału dowodowego. Nadto w odwołaniu wskazano, że aby mówić o świadczeniu nienależnie pobranym osoba zobowiązana do zwrotu musiałaby pobrać 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.; tymczasem żadna z powyższych przesłanek nie zachodzi w niniejszej sprawie. Powołując się na stanowisko Sądu Najwyższego wyrażone w wyroku z dnia 30.01.2019 r. (I UK 416/17), pełnomocnik odwołującej podkreślił, że aby mówić o zwrocie nienależnego świadczenia ZUS musiałby udowodnić, że ubezpieczona pobierając je wiedziała, że pobiera nienależne świadczenia i celowo wprowadzała organ w błąd. Tymczasem organ wypłacił wszystkie sporne świadczenia i dopiero po kilku latach wydał decyzję retrospekcyjną. Strona odwołująca podniosła przy tym, że warunkiem uznania, iż wypłacone świadczenie, jako mające charakter świadczenia nienależnie pobranego, podlega zwrotowi, jest świadomość osoby, która takie świadczenia pobrała - wynikająca ze stosownego pouczenia - o braku prawa do niego - tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 11.07.2017 r. (I UK 302/16). W rzeczywistości odwołująca nigdy nie była pouczone o braku prawa do świadczeń oraz nie mogła przewidzieć wydania przez organ decyzji retrospektywnej.

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. wniósł o jego oddalenie, podtrzymując stanowisko wyrażone w zaskarżonej decyzji.

Zaskarżonym wyrokiem, wydanym w dniu 21.02.2022r., Sąd Rejonowy w Sieradzu oddalił odwołanie.

Rozstrzygnięcie to zostało poprzedzone następującymi ustaleniami Sądu I instancji i ich oceną prawną:

Zakład Ubezpieczeń Społecznych na podstawie posiadanej dokumentacji wypłacił odwołującej E. W. m.in. zasiłek chorobowy za okresy 23.09.2016-07.01.2017, 10.01-26.02.2017, 28.02-26.03.2017, 19-25.06.2017, 04-11.08.2017, 18-24.09.2017, 27.09-15.10.2017, 02.05.11.2017, 08.11.2017-15.04.2018, zasiłek opiekuńczy za okres 27.06-04.07.2017 oraz zasiłek macierzyński za okres 16.04.2018-14.04.2019 z tytułu prowadzonej od 14.11.2013 działalności gospodarczej E. W. NIP: (...). Zasiłki te zostały pobrane przez odwołującą w łącznej kwocie 100 251,34 zł.

Zgodnie z prawomocną decyzją Zakładu Ubezpieczeń Społecznych nr (...) z 28.11.2019 r. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą E. W. nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresach 16.09.2016-15.04.2018, 15.04.2019-12.07.2019 oraz 01-30.09.2019. Odwołująca nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu również w okresie od 16.04.2018 - do 14.04.2019, co wynika z potwierdzenia dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

Stan faktyczny sprawy Sąd Rejonowy ustalił na podstawie dokumentów znajdujących się w aktach sprawy i aktach ZUS, w tym na podstawie wyroku Sądu Okręgowego w Sieradzu wraz z uzasadnieniem z dnia 28-08-2020 r. sygn. akt IV U 86/20 oraz wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 30-03-2021r. sygn. akt. III AUa 1946/20, jak również przesłuchania odwołującej E. W., których prawdziwości i wiarygodności strony nie kwestionowały w toku procesu. Sąd I instancji podkreślił, że wyrok Sądu Okręgowego w Sieradzu z dnia 28-08-2020 r. sygn. akt IV U 86/20 jest prawomocny i jako taki z mocy art. 365 § 1 k.p.c. wiąże zarówno strony (czyli ubezpieczoną i Oddział ZUS-u w Ł.), jak i sąd, który go wydał, a także inne sądy i organy państwowe. Sąd orzekający wskazując na zasadnicze aspekty mocy wiążącej prawomocnego orzeczenia sądu zaznaczył, że pierwszy z nich odnosi się tylko do faktu istnienia prawomocnego orzeczenia i występuje on wówczas, gdy w poprzednim postępowaniu, w którym zapadło prawomocne orzeczenie, nie brała udziału choćby jedna ze stron nowego postępowania, a nie jest ona objęta prawomocnością rozszerzoną; nie można bowiem takiej strony obciążać dalszymi skutkami wynikającymi z prawomocnego orzeczenia. Z kolei drugi aspekt mocy wiążącej prawomocnego orzeczenia jest określony jako walor prawny rozstrzygnięcia (osądzenia) zawartego w treści orzeczenia i jest on ściśle związany z powagą rzeczy osądzonej (art. 366 § 1 k.p.c.), występując w nowej sprawie pomiędzy tymi samymi stronami, choć przedmiot obu spraw jest inny. W nowej sprawie nie może być wówczas zastosowany negatywny (procesowy) skutek powagi rzeczy osądzonej polegający na niedopuszczalności ponownego rozstrzygnięcia tej samej sprawy. Występuje natomiast skutek pozytywny (materialny) rzeczy osądzonej przejawiający się w tym, że rozstrzygnięcie zawarte w prawomocnym orzeczeniu (rzecz osądzona) stwarza stan prawny taki, jaki z niego wynika. Sądy rozpoznające między tymi samymi stronami nowy spór muszą przyjmować, że dana kwestia prawna kształtuje się tak, jak przyjęto to w prawomocnym, wcześniejszym wyroku, a więc w ostatecznym rezultacie procesu uwzględniającym stan rzeczy na datę zamknięcia rozprawy (wyrok SN z dnia 18 czerwca 2009 r., II CSK 12/09, Lex nr 515722). Taka jest treść prawomocnego orzeczenia, o którym stanowi art. 365 § 1 k.p.c., a więc treść wyrażonej w nim indywidualnej i konkretnej normy prawnej (por. wyrok SN z dnia 23 czerwca 2009 r., II PK 302/08, Lex nr 513001). A zatem w kolejnym postępowaniu, w którym pojawia się ta sama kwestia, nie może być ona już ponownie badana. Związanie orzeczeniem oznacza zatem zakaz dokonywania ustaleń sprzecznych z uprzednio osądzoną kwestią, a nawet niedopuszczalność prowadzenia w tym zakresie postępowania dowodowego (por. wyrok SN z dnia 15 lutego 2007 r., II CSK 452/06, OSNC-ZD 2008/1/20 oraz uzasadnienie uchwały składu siedmiu sędziów SN z dnia 17 listopada 2008 r., III CZP 72/08, OSNC 2009/2/20). Wskazując, że powagą rzeczy osądzonej objęta jest w zasadzie jedynie sentencja wyroku, a nie jego uzasadnienie, Sąd I instancji zauważył, że stosownie do stanowiska judykatury powaga rzeczy osądzonej rozciąga się również na motywy wyroku w takich granicach, w jakich stanowią one konieczne uzupełnienie rozstrzygnięcia, niezbędne dla wyjaśnienia jego zakresu (tak np. SN w wyrokach z dnia 15 marca 2002 r., II CKN 1415/00, Lex nr 53284 oraz z dnia 29 marca 2006 r., II PK 163/05, OSNP 2007/5-6/71). 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, przy czym chodzi o te elementy uzasadnienia dotyczące rozstrzygnięcia co do istoty sprawy, w których sąd wypowiada się w sposób stanowczy, autorytarny o żądaniu (por. wyroki SN z dnia 21 maja 2004 r., V CK 528/03, Lex nr 188496 oraz z dnia 21 września 2005 r., V CK 139/05, Lex nr 186929). Tak zwanej prekluzji ulega więc tylko ten materiał procesowy, który dotyczy podstawy faktycznej w zakresie hipotezy normy materialnoprawnej zastosowanej przez sąd, natomiast twierdzenia i dowody dotyczące innej podstawy prawnej są dla konkretnej sprawy obojętne (uzasadnienie uchwały SN z dnia 12 marca 2003 r., III CZP 97/02, OSNC 2003/12/160). Inaczej rzecz ujmując, obowiązkiem sądu rozpoznającego kolejną sprawę między tymi samymi stronami jest respektowanie tylko tych okoliczności faktycznych ustalonych w sposób stanowczy we wcześniejszej sprawie, które określały istotę sporu i uzasadniały uwzględnienie zgłoszonego w niej roszczenia. Podzielając w pełni zaprezentowane stanowisko judykatury Sąd Rejonowy uznał, że skoro wskazanym powyżej prawomocnym wyrokiem z dnia 28-08-2020r. Sąd Okręgowy

w Sieradzu przesądził, że E. W. nie podlega obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym: emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu od 16.09.2016r. do 15.04.2018r. i od 15.04.2019r. do 12.07.2019r., dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 16.09.2016r. do 15.04.2018r., od 15.04.2019r. do 12.07.2019r. i od 01.09.2019r. do 30.09.2019r. obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym, tj. emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu w okresie od 13.07.2019r., dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 13.07.2019r. do 31.08.2019r. i od 1.10.2019r., albowiem zgłoszenie przez ubezpieczoną działalności gospodarczej w opisanych okolicznościach świadczy o chęci świadomego osiągnięcia nieuzasadnionych korzyści z systemu ubezpieczeń społecznych kosztem innych uczestników tego systemu, to niedopuszczalnym było ponowne badanie tej kwestii w niniejszej sprawie. Sąd I instancji zaznaczył, że w świetle ustaleń Sądu Okręgowego w Sieradzu w załączonej sprawie sygn. akt IV U 86/20 nie sposób uznać, że E. W. wykonywała zarobkową działalność gospodarczą i była nastawiona na uzyskanie zysku z tej działalności. Mając na względzie treść art. 58 § 2 k.c., zgodnie z którym nieważna jest czynność prawna sprzeczna z zasadami współzycia społecznego, brak jest podstaw do uznania, że po ustaniu urlopu macierzyńskiego, tj. od 16.09.2016r. do nawiązania współpracy z firmą (...), tj. do dnia 12 lipca 2019r., E. W. faktycznie wykonywała pozarolniczą działalność gospodarczą. W 2016r. i 2018r. wykazany przez wnioskodawczynię przychód z tytułu pozarolniczej działalności gospodarczej wynosił "0". W 2017r., została wskazana kwota przychodu z pozarolniczej działalności gospodarczej w wysokości 332,00zł. Tym samym jednorazowy przychód wykazany w 2017r. w kwocie 332,00zł nie może świadczyć o tym, że wnioskodawczyni w sposób zorganizowany i ciągły wykonywała działalność gospodarczą. Nie bez znaczenia jest także fakt, że w 2017r. pomimo zmiany miejsca zamieszkania i przeprowadzki w kwietniu 2017r. do S., wnioskodawczyni nie dokonała żadnych zmian adresu w zakresie zgłoszonej działalności, jak również nie uaktualniła adresu na swoim koncie jako osoby ubezpieczonej. Po ustaniu drugiego urlopu macierzyńskiego, tj. 17 kwietnia 2019r., E. W. przekazała zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych z tytułu działalności gospodarczej od 15 kwietnia 2019r., w którym jako adres zameldowania i zamieszkania wskazała także adres Ł. ul. (...) (...) lok. (...), który to adres jest również nadal wskazany jako aktualny w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej oraz w rejestrze REGON.

Sąd I instancji podkreślił, że zgłoszenie wykonywania działalności gospodarczej w wyżej opisanych okolicznościach świadczy o chęci świadomego osiągnięcia nieuzasadnionych korzyści z systemu ubezpieczeń społecznych kosztem innych uczestników tego systemu. E. W. nie wykazała, aby w okresie od 16.09.2016-12.07.2019 prowadziła pozarolniczą działalność gospodarczą, w wyniku czego nie podlega ubezpieczeniom społecznym a przez to ubezpieczeniu chorobowemu z tego tytułu od 16.09.2016-15.04.2018 i od 15.04.2019-12.07.2019 a obowiązek ubezpieczeń społecznych powstał od 13.07.2019r., tj. od nawiązania współpracy z firmą (...). Jednocześnie za wrzesień 2019r. E. W. rozliczyła składki w nieprawidłowej wysokości, co skutkowało ustaniem w tym miesiącu dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, któremu wnioskodawczyni ponownie podlega od 01.01.2019 r.

Przechodząc do podstawy prawnej zaskarżonej decyzji, Sąd I instancji przytoczył treść art. 84 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (j.t.: Dz.U.2021.423 powoływana dalej, jako „ustawa systemowa”), zgodnie z którym osoba, która pobrała nienależne świadczenie z ubezpieczeń społecznych, jest obowiązana do jego zwrotu, wraz z odsetkami, w wysokości i na zasadach określonych przepisami prawa cywilnego, z uwzględnieniem ust. 11. Za kwoty nienależnie pobranych świadczeń uważa się:

- 1) świadczenia wypłacone mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty w całości lub w części, jeżeli osoba pobierająca świadczenie była pouczona o braku prawa do ich pobierania;
- 2) świadczenia przyznane lub wypłacone na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzania w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia.

Sąd I instancji zwrócił uwagę, że zgodnie z powołanym przepisem należy odróżnić od siebie świadczenia nienależnie wypłacone przez organ rentowy od nienależnie pobranych. Obowiązkiem zwrotu objęte są wyłącznie świadczenia nienależnie pobrane, będące świadczeniami wypłaconymi bez podstawy prawnej z elementami odnoszącymi się do woli (stanu świadomości) lub określonego działania (zaniechania) osoby, która nienależnie świadczenie pobrała. Obowiązek zwrotu obejmuje zatem wyłącznie świadczenia pobrane przy udziale złej woli pobierającego, tj. jego

świadomości do nieprzysługiwania tego świadczenia w całości lub w części od początku jego pobierania lub w następstwie później zaszłych zdarzeń. Dotyczy to zarówno osoby, która została pouczona o okolicznościach dotyczących braku prawa do pobierania świadczenia, jak i osoby, która uzyskała świadczenie na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd organu rentowego. Sąd Rejonowy zaznaczył, że świadomość nienależności świadczenia może mieć źródło w pouczeniu udzielonym przez organ rentowy co do okoliczności powodujących konieczność zwrotu świadczenia bądź też może wynikać z zawinionego działania osoby, która spowodowała wypłatę świadczeń. Co do ram zachowań kwalifikowanych, jako świadome wprowadzenie w błąd organu ubezpieczeń społecznych, judykatura zakreśliła je szeroko, zaliczając do nich działania ubezpieczonego polegające na bezpośrednim oświadczeniu nieprawdy, przemilczeniu faktu mającego wpływ na prawo do świadczenia, złożeniu wniosku w sytuacji oczywiście nieuzasadniającej powstania prawa do świadczenia (por. wyrok SN z dnia 14 kwietnia 2000 r., II UKN 500/99, OSNP 2001/20/623).

Sąd I instancji przypomniał, że stosownie do art. 6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (j.t.: Dz. U. z 2021 r., poz. 1133 ze zm.; dalej „ustawa zasiłkowa”), zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego. Z kolei zgodnie z art. 32 ust. 1 ustawy zasiłkowej zasiłek opiekuńczy przysługuje ubezpieczonemu zwolnionemu od wykonywania pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem lub innym członkiem rodziny. Zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonej, która w okresie ubezpieczenia chorobowego albo w okresie urlopu wychowawczego m.in. urodziła dziecko. Sąd Rejonowy podkreślił, że skoro z prawomocnego wyroku Sądu Okręgowego w Sieradzu z dnia 28-08-2020r. wynika, że E. W. nie podlega ubezpieczeniom społecznym, w tym dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu we wskazanych na wstępie okresach jako osoba prowadząca działalność gospodarczą, bowiem zgłoszenie działalności gospodarczej zostało wykonane z chęci świadomego osiągnięcia nieuzasadnionych korzyści z systemu ubezpieczeń społecznych kosztem innych uczestników tego systemu, to tym samym nie przysługiwało jej prawo do zasiłku chorobowego z funduszu chorobowego w kwocie 53 743,90 zł. za okresy: 23.09.2016-07.01.2017,10.01-26.02.2017,28.02-26.03.2017,19-25.06.2017, 04-11.08.2017,18-24.09.2017, 27.09-15.10.2017, 02-05.11.2017,08.11.2017-15.04.2018;

- zasiłku opiekuńczego z funduszu chorobowego w kwocie 1 000,16 zł. za okres 27.06-04.07.2017;

- zasiłku macierzyńskiego z funduszu chorobowego w kwocie 45 507,28 zł. za okres 16.04.2018-14.04.2019;

w łącznej kwocie 100 251,34 zł albowiem w okresach tych nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu.

W tej sytuacji, w ocenie Sądu meriti, nie może budzić wątpliwości, iż E. W. jest zobowiązana do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego, zasiłku opiekuńczego i zasiłku macierzyńskiego za ten właśnie okres. Przypominając, że stosownie do art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, za kwoty nienależnie pobranych świadczeń uważa się 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, Sąd Rejonowy podkreślił, że taka sytuacja miała miejsce w rozpoznawanej sprawie. Zdaniem Sądu orzekającego nie da się bowiem przyjąć, że E. W. zgłaszając pozornie działalność gospodarczą, z tytułu której zgłosiła się dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, mogła działać nieświadomie, przez co w tym zakresie zeznania odwołującej nie zostały uznane za wiarygodne. Sąd I instancji uznał, że odwołująca musiała mieć pełną świadomość co do tego, że deklarowana przez nią działalność gospodarcza jest pozorna (co zostało już przesądzone prawomocnymi wyrokami), skoro nie uzyskała z tytułu tej działalności przychodu, poza jednorazową kwotą 332 zł. Wynika z tego, że E. W. działała z pełnym rozeznaniem i chęcią uzyskania nienależnych świadczeń z ubezpieczenia społecznego, mając na celu właśnie wprowadzenie organu w błąd, aby uzyskać wysokie świadczenia przez długi okres. W odniesieniu do przesłanki zwrotu nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych Sąd I instancji stwierdził, że obowiązek ich zwrotu dotyczy osoby, która uzyskała świadczenia na podstawie nieprawdziwych zeznań lub dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd instytucji ubezpieczeniowej. Przesłanka „świadomego

wprowadzenia w błąd” nawiązuje do winy osoby pobierającej świadczenie, więc świadomym wprowadzeniem w błąd jest umyślne działanie zainteresowanego przyjmujące postać dolus directus lub dolus eventualis. Jako przykłady świadomego wprowadzenia w błąd organu ubezpieczeń społecznych – inne niż posłużenie się przez osobę pobierającą świadczenie fałszywymi dokumentami – Sąd I instancji wymienił działania ubezpieczonego polegające na przedłożeniu w organie rentowym dokumentu mającego istotne znaczenie dla uzyskania świadczenia zawierającego nieprawdziwe informacje (por. wyrok SN z dnia 5 kwietnia 2001 r., II UKN 309/00, OSNP 2003/2/44), podaniu we wniosku o emeryturę nieprawdziwej informacji, że wnioskodawca nie pobiera innych świadczeń (por. wyroki SN: z dnia 8 stycznia 1999 r., II UKN 406/98, OSNAPiUS 2000/5/196 i z dnia 29 lipca 1998 r., II UKN 147/98, OSNAPiUS 1999/14/471), posłużeniu się oświadczeniami świadków ze świadomością, że nie są prawdziwe (wyrok SN z dnia 14 kwietnia 2000 r., II UKN 500/99, OSNAPiUS 2001/20/623), a także złożeniu wniosku przez osobę niebędącą pracownikiem o wcześniejszą emeryturę przysługującą tylko pracownikom (por. wyrok SN z dnia 20 maja 1997 r., II UKN 128/97, OSNAPiUS 1998/6192). Sąd orzekający zaznaczył, że w rozpoznawanej sprawie E. W. przedkładała w organie dokumenty, zawierające nieprawdziwe informacje odnośnie prowadzenia działalności gospodarczej, a następnie przemilczając kwestie pozorności tej działalności, składała wnioski o wypłatę zasiłków za sporne okresy, wprowadzając w ten sposób Zakład w błąd. W ocenie Sądu Rejonowego nie da się przy tym nawet twierdzić, iż można w takich okolicznościach podawać nieprawdziwe informacje w sposób niecelowy w sytuacji, kiedy działanie ubezpieczonej było umyślne i miało na celu właśnie wyłudzenie z ZUS nienależnych świadczeń z ubezpieczenia społecznego, co znajduje dodatkowe potwierdzenie w całokształcie okoliczności związanych z podleganiem pod ubezpieczenie społeczne, w tym zwłaszcza chorobowe i wysokością opłacanych i zgłaszanych podstaw wymiaru składek.

Reasumując, Sąd Rejonowy ustalił, iż ubezpieczona pobierała zasiłek chorobowy, zasiłek opiekuńczy i zasiłek macierzyński mając świadomość, iż nie przysługuje jej on z powodu pozorności działalności gospodarczej. W konsekwencji wypłacone świadczenia na mocy wyżej powołanych przepisów podlegają zwrotowi w całości, jako świadczenia nienależnie pobrane, czego efektem jest oddalenie odwołania. Jednocześnie Sąd a quo nie podzielił argumentacji odwołującej, że doszło do przedawnienia możliwości domagania się zwrotu świadczeń. Sąd Rejonowy wskazując na treść z art. 84 ust. 7a ustawy systemowej stanowiącego, że w przypadku osoby, która nienależnie pobierała świadczenie, decyzji, o której mowa w ust. 7, nie wydaje się później niż w terminie 5 lat od ostatniego dnia okresu, za który pobrano nienależne świadczenie oraz art. 84 ust. 3, zgodnie z którym 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 podniósł, że w rozpatrywanej sprawie terminy te zostały przez organ rentowy zachowane, bowiem zaskarżona decyzja została wydana w terminie krótszym niż 5 lat od ostatniego dnia okresu, za który pobrano nienależne świadczenie, a okres za który ZUS domaga się zwrotu nienależnie pobranych świadczeń nie jest dłuższy niż ostatnie 3 lata.

Z uwagi na powyższe, Sąd na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. Sąd I instancji orzekł o oddaleniu odwołania.

Apelację od całości wyroku Sądu Rejonowego wywiodła E. W.. Pełnomocnik ubezpieczonej zaskarżonemu orzeczeniu zarzucił:

1. naruszenie prawa procesowego, tj. art. 233 §1 k.p.c. przez: sprzeczność istotnych ustaleń Sądu I instancji z zebrany materiał dowodowy, która miała wpływ na treść orzeczenia poprzez przyjęcie, że odwołująca nienależnie pobierała wypłacone jej świadczenia, gdyż powyższe wynika z faktu niepodlegania przez nią ubezpieczeniom społecznym i dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu;
2. naruszenie art.84 ust. 1 i 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych z dnia 13 października 1998 r., poprzez jego błędną wykładnię, co doprowadziło do niewłaściwego zastosowania tych przepisów;

3. naruszenie art. 1 ust.1, art. 2, art. 6 ust 1, art. 29 ust. 1 pkt 1, art. 32 ust. 2, art 66 ust.1 i 3 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa; poprzez ich błędną wykładnię, co doprowadziło do niewłaściwego zastosowania tych przepisów;

Powołując się na podniesione zarzuty apelująca wniosła o:

- zmianę zaskarżonego wyroku w całości poprzez ustalenie, że odwołująca ma prawo do zasiłku chorobowego, zasiłku macierzyńskiego oraz zasiłku opiekuńczego za okresy wskazane w decyzji w łącznej kwocie 100.251,34 zł oraz że nie musi zwracać wypłaconego jej zasiłku chorobowego, zasiłku macierzyńskiego oraz zasiłku opiekuńczego w kwocie 100.251,34 zł brutto wraz z odsetkami; ewentualnie uchylenie zaskarżonego orzeczenia oraz przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania.

Wskazując, że prawomocny wyrok Sądu Okręgowego w Sieradzu z dnia z dnia 28.08.2020 r., jako objęty powagą rzeczy osądzonej nie może być kwestionowany apelująca podniosła, że fakt, iż w spornym okresie E. W. nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu nie oznacza, że wypłacone jej przez organ rentowy świadczenia były nienależne. Zdaniem pełnomocnika ubezpieczonej, Sąd I instancji opierając swoje ustalenia w sprawie wyłącznie na wspomnianym wyroku nie zbadał dogłębnie sprawy przyjmując, że brak prawa do ubezpieczenia jest równoznaczny z pobieraniem świadczeń nienależnie. Pełnomocnik ubezpieczonej zaznaczył, że trudno byłoby uznać, że odwołująca świadomie wprowadzała organ rentowy w błąd w sytuacji, kiedy ten sam organ każdorazowo wniosł o świadczenie z ubezpieczenia chorobowego i macierzyńskiego rozpatrywał pozytywnie. W tej sytuacji E. W. miała podstawy do uznania, iż działa w zaufaniu do organu, bowiem gdyby wiedziała, że ZUS uzna jej działania jako niewystarczające do uznania, iż prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą, a tym samym wykluczając ją z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, to nie występowałaby z wnioskami o wypłatę świadczeń. Oznacza to, że intencją ubezpieczonej nie było wyłudzenie świadczeń, co było podnoszone w toku postępowania przed Sądem I instancji. W tym miejscu apelująca odwołała się do stanowiska wyrażonego w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 17 marca 2021 r.(II USKP 30/21), wedle którego warunkiem zwrotu świadczeń jest nie tylko brak prawa do świadczenia (jak ma to miejsce w niniejszej sprawie), lecz także świadomość świadczeniobiorcy, że pobierał świadczenie nienależnie. Świadomość ta ma wynikać ze stosownego pouczenia, a obie te przesłanki muszą wystąpić w trakcie pobierania świadczenia. Apelująca podkreśliła, że podstawowym warunkiem uznania, że wypłacone świadczenie podlega zwrotowi w myśl art. 84 ust 2 pkt 1 u.s.u.s. 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. Organ rentowy może domagać się zwrotu nienależnie pobranego świadczenia tylko wówczas, gdy ubezpieczonemu można przypisać złą wolę. Obowiązek zwrotu obciąża tylko tego, kto przyjął świadczenie w złej wierze wiedząc, że mu się nie należy, co dotyczy zarówno osoby, która została pouczona o okolicznościach, w jakich nie powinna pobierać świadczeń (ust. 2 pkt 1 u.s.u.s.), jak też tej osoby, która uzyskała świadczenia na podstawie nieprawdziwych zeznań lub dokumentów, albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd instytucji ubezpieczeniowej (art. 84 ust. 2 pkt 2 tej ustawy). Pełnomocnik ubezpieczonej podniósł, że w prawie ubezpieczeń społecznych „świadczenie nienależnie pobrane”, to nie tylko „świadczenie nienależne” (obiektywnie, np. wypłacane bez podstawy prawnej), ale także „nienależnie pobrane”, a więc pobrane przez osobę, której można przypisać określone cechy dotyczące stanu świadomości (woli) lub określone działania (zaniechania). Świadomość nienależności świadczenia może mieć źródło w pouczeniu udzielonym przez organ rentowy co do okoliczności powodujących konieczność zwrotu świadczenia bądź też może wynikać z zawinionego działania osoby, która spowodowała wypłatę świadczeń. Stanowisko to znajduje potwierdzenie m.in. w orzeczeniu SN z dnia 19 lutego 2021 r. (I USK 79/21), w myśl którego brak prawa do świadczenia nie jest samoistną przesłanką uzasadniającą obowiązek jego zwrotu na podstawie art. 84 ust. 2 ustawy systemowej. Tymczasem w rozpoznawanej sprawie organ mając możliwość przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego wpierw wypłacał świadczenia a dopiero po fakcie, tj. po wypłacie świadczeń, wszczął postępowanie wyjaśniające. W tym stanie rzeczy odwołująca nie mogła mieć od samego początku świadomości ani tym bardziej pewności, że dochodzone przez nią świadczenia są nienależne, zwłaszcza w sytuacji, kiedy ZUS każdy wniosek rozpatrywał pozytywnie, a o fakcie pozytywnej decyzji organu odwołująca dowiadywała się otrzymując przelew świadczenia na swój rachunek bankowy. Sąd I

instancji nie wziął przy tym pod uwagę, że ostatecznie odwołująca została wykluczona z ubezpieczeń po zakończeniu pobierania pierwszego zasiłku macierzyńskiego a wówczas tytułem do ubezpieczeń, w tym do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, była właśnie pozarolnicza działalność gospodarcza w zakresie stomatologii. Po okresie zasiłku macierzyńskiego odwołująca miała dalej wypłacane świadczenia w sytuacji, kiedy organ nie kwestionował zasadności zwolnień lekarskich, przez co trudno byłoby uznać, że zaraz po zakończeniu pobierania pierwszego zasiłku macierzyńskiego E. W. świadomie wprowadzała organ w błąd i wyłudzała świadczenia, tym bardziej iż była przekonana o podleganiu ubezpieczeniom. Co istotne, odwołująca obecnie nadal prowadzi działalność gospodarczą a co za tym idzie jej celem wcale nie było wyłączenie pobierania świadczeń, a działalność zarobkowa prowadzona w wyuczonym, trudnym zawodzie. Ubocznie apelująca zauważyła, że kobiety w ciąży, dzieci oraz rodzina pozostają pod szczególną ochroną państwa, czego wyrazem są m.in. takie programy osłonowe dla rodzin jak 500+ czy Rodzinny Kapitał Opiekuńczy, z drugiej strony ZUS bezrefleksyjnie, po wielu latach zmienia swoje wcześniejsze decyzje dotyczące przecież najważniejszych świadczeń z systemu ubezpieczeń społecznych. Gdyby odwołująca wiedziała, że nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, to po porodzie miałaby możliwość składać wniosek o świadczenie rodzicielskie z tytułu urodzenia dziecka, wypłacanego przez ośrodek opieki społecznej, natomiast będąc przekonaną, że jest inaczej, złożyła wniosek o wypłatę zasiłku macierzyńskiego. Pełnomocnik odwołującej zwrócił przy tym uwagę, że w przypadku ostania się zaskarżonego wyroku E. W. nie będzie mieć prawa do żadnego świadczenia z tytułu urodzenia w dniu 16.04.2018 r. dziecka, gdyż jedno świadczenie będzie nienależne i do zwrotu z odsetkami, a żeby otrzymać świadczenie rodzicielskie za wszystkie miesiące to zgodnie z przepisami wniosek należało złożyć w terminie 3 miesięcy od daty porodu, zaś w przypadku późniejszego złożenia wniosku przysługuje ono wyłącznie za czas od złożenia wniosku do chwili ukończenia przez dziecko 52 tygodni a po tym okresie świadczenie przepada.

Wnosząc o oddalenie apelacji w całości pełnomocnik organu podniósł, że pozorność prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej pociąga za sobą wprowadzenie w błąd organu rentowego a nie sposób jest przyjąć występowania nieumyślnej pozorności. Z takiego właśnie założenia wyszedł organ rentowy wydając prawomocną decyzję o niepodleganiu E. W. obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym: emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu od 16.09.2016 r. do 15.04.2018 r. i od 15.04.2019 r. do 12.07.2019 r. i dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 16.09.2016 r. do 15.04.2018r, od 15.04.2019 r. do 12.07.2019 r., od 01.09.2019 r. do 30.09.2019. Wydanej takiej treści decyzji było zaś wynikiem powzięcia przez organ wątpliwości co do podjęcia przez apelującą działalności gospodarczej od 16 września 2016 r. (po ustaniu zasiłku macierzyńskiego) i przeprowadzenia w tym zakresie postępowania wyjaśniającego. W toku postępowania organ miał na względzie, iż zgodnie z art. 3 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 1292) działalnością gospodarczą jest zorganizowana działalność zarobkowa, wykonywana we własnym imieniu i w sposób ciągły. Działalność gospodarcza nie może mieć charakteru przypadkowego i okazjonalnego. Dla uznania określonej przedmiotowo działalności za działalność gospodarczą konieczne jest zatem łączne zaistnienie trzech jej cech funkcjonalnych: zarobkowości, zorganizowania i ciągłości. Brak którejkolwiek z nich oznacza, że dana działalność nie może być zakwalifikowana do kategorii działalności gospodarczej. Nie uznaje się za działalność gospodarczą działalności okresowej i sporadycznej. Za przedsiębiorcę można uznać osobę, która wykonuje czynności powtarzalne tworzące pewną całość, a nie tylko pojedyncze czynności. Biorąc pod uwagę określone powyżej przesłanki, w ocenie ZUS apelująca nie podjęła wykonywania pozarolniczej działalności gospodarczej po ustaniu urlopu macierzyńskiego, tj. od 16.09.2016 r. i nie wykonywała jej w sposób zorganizowany i ciągły do dnia nawiązania współpracy z firmą (...), tj. do dnia 12 lipca 2019 r., przy czym współpracę z firmą (...) apelująca podjęła 13 lipca 2019 r., a więc po wszczęciu przez Oddział postępowania. Zdaniem ZUS zgłoszenie wykonywania działalności gospodarczej w wyżej opisanych okolicznościach świadczyło o chęci świadomego wprowadzenia w błąd i osiągnięcia nieuzasadnionych korzyści z systemu ubezpieczeń społecznych kosztem innych uczestników tego systemu a zgodnie z art. 58 § 2 k.c. nieważna jest czynność prawna sprzeczna z zasadami współżycia społecznego. Argumentacja organu rentowego została podzielona przez Sądy rozpatrujące odwołanie i apelację ubezpieczonej. Pełnomocnik organu podkreślił, że prawomocne rozstrzygnięcie w sprawie wskazanej jw. stanowiło zagadnienie prejudycajne dla ww. sprawy z odwołania od decyzji zasiłkowej ZUS w tym znaczeniu, iż świadczenia określone sporną decyzją przysługują osobie ubezpieczonej, ponadto z uwagi na argumentację zaprezentowaną jw. to również zostały spełnione przesłanki z art. 84 ust 2 ustawy o systemie

ubezpieczeń społecznych w przedmiocie świadomego wprowadzania w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja odwołującej się nie jest zasadna. Odnosząc się do podniesionych w apelacji zarzutów naruszenia prawa procesowego należy stwierdzić, że nie podlegają one uwzględnieniu, jako że Sąd Rejonowy w sposób prawidłowy dokonał ustaleń stanu faktycznego oraz przeprowadził właściwą ocenę zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego. Wydając zaskarżony wyrok Sąd I instancji wyjaśnił wszystkie okoliczności istotne dla meritum sprawy, przeprowadził wystarczające postępowanie dowodowe, dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych i wydał trafne, odpowiadające prawu, rozstrzygnięcie. Tym samym Sąd Okręgowy podziela w całości dokonane przez Sąd Rejonowy ustalenia faktyczne i aprobuje argumentację prawną przedstawioną w motywach zaskarżonego wyroku, przyjmując ustalenia i oceny tego Sądu za własne (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1998 r., I PKN 339/98, OSNAP 1999/24/776 oraz z dnia 22 lutego 2010 r., I UK 233/09, LEX nr 585720 i z dnia 24 września 2009 r., II PK 58/09, LEX nr 558303). Rozpoznając sprawę Sąd I instancji nie naruszył również tak norm prawa materialnego, które uzasadniałyby uwzględnienie wniosków apelacji.

Uzasadniając zarzut naruszenia przepisów postępowania, mające mieć wpływ na wynik sprawy, apelująca podniosła, iż Sąd I instancji przyjmując, że brak prawa do ubezpieczenia jest równoznaczny z pobieraniem świadczeń nienależnie oparł się wyłącznie na wyroku Sądu Okręgowego w Sieradzu z 28.08.2020 r. w sprawie IV U 86/20, oddalającym odwołanie ubezpieczonej od decyzji ZUS z nr (...) z 28.11.2019 w przedmiocie niepodlegania E. W. ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. Jednocześnie w apelacji w istocie nie przedstawiono argumentów, które miałyby uzasadnić zarzut naruszenia prawa materialnego w postaci określonych w niej przepisów ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Jak przyznaje to sama apelująca, nie istnieje obecnie możliwość podważenia decyzji ZUS z 28.11.2019 r., stwierdzającej iż ubezpieczona w spornych okresach nie podlegała m.in. dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Tym samym nie można przyjąć, że pomimo wydania takiej treści decyzji E. W. zachowała jednak prawo do prawo do zasiłku chorobowego, zasiłku macierzyńskiego oraz zasiłku opiekuńczego za okresy wskazane w zaskarżonej decyzji, skoro jednocześnie w tych okresach nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu, co było warunkiem nabycia prawa do tych świadczeń. Kwestia ta została prawomocnie przesądzona powoływanymi już wyrokami Sądu w obu instancjach i z tych też względów jakkolwiek polemika z takim rozstrzygnięciem jest niedopuszczalna. Sądy zgodnie przyjęły, iż wnioskodawczyni pozorowała prowadzenie działalności celem uzyskania prawa do świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Tym samym okoliczność ta nie mogła być pominięta w rozpoznawanej sprawie i bezsprzecznie prawidłowym jest ustalenie Sądu I instancji, że zdarzenia warunkujące nabycie prawa do świadczeń z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa nie powstały w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego, czego wymaga przepis art. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Odrębnego omówienia wymaga natomiast zarzut naruszenia przepisów art. 84 ust. 1 i 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych z dnia 13 października 1998 r., stanowiących prawną podstawę do wydania decyzji organu rentowego zobowiązującej do zwrotu nienależnie pobranych zasiłków chorobowego, macierzyńskiego i opiekuńczego.

Sąd Rejonowy, opierając się o przesłanki, w oparciu o które organ rentowy wydał decyzję nr (...) z 28.11.2019 r., których prawdziwość została potwierdzona przez Sąd rozpoznający odwołanie od tej decyzji słusznie przyjął, że odwołująca miała świadomość tego, iż wypłacone świadczenia jej się nie należą, bowiem dokonując czynności mających na celu potwierdzenie prowadzenia działalności gospodarczej, w tym poprzez zapłatę związanych z tym składek miała świadomość, że w rzeczywistości nie podejmuje działalności gospodarczej, co jest wystarczające do stwierdzenia po jej stronie braku podstaw do pobierania z systemu ubezpieczeń społecznych jakichkolwiek świadczeń. Świadomość nienależności świadczenia może mieć źródło w pouczeniu udzielonym przez organ rentowy co do okoliczności powodujących konieczność zwrotu świadczenia, bądź też może wynikać z zawinionego działania osoby, która spowodowała wypłatę świadczeń. Akcentowana w apelacji okoliczność braku dokonania przez organ stosownego pouczenia w istocie pozostawała bez wpływu na rozstrzygnięcie z uwagi na podstawę prawną żądania zwrotu w postaci

świadomego wprowadzenia w błąd. Dokonując ustaleń w tym zakresie Sąd I instancji prawidłowo odwołał się do zasady wyrażonej w art. 365 § 1 k.p.c., zgodnie z którym prawomocne orzeczenie wiąże nie tylko strony i sąd, który je wydał, lecz również inne sądy oraz inne organy państwowe i organy administracji publicznej, a w wypadkach w ustawie przewidzianych także inne osoby. Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 15 lipca 1998 r., II UKN 129/98, OSNP 1999, Nr 13, poz. 437, wynikająca z art. 365 k.p.c. moc wiążąca orzeczenia oznacza, że żaden z podmiotów nią objętych nie może negować faktu istnienia prawomocnego orzeczenia i jego określonej treści, niezależnie od tego, czy był stroną postępowania. Skutkiem zasady mocy wiążącej prawomocnego wyroku jest więc to, że przesądzenie we wcześniejszym wyroku kwestii o charakterze prejudycjalnym oznacza, że w procesie późniejszym ta kwestia nie może być już w ogóle badana. Zachodzi tu zatem ograniczenie dowodzenia faktów objętych prejudycjalnym orzeczeniem (wyrok SN z dnia 12 lipca 2002 r., V CKN 1110/00 Lex nr 74492). Związanie orzeczeniem oznacza niedopuszczalność nie tylko dokonywania ustaleń sprzecznych z nim, ale nawet przeprowadzania postępowania dowodowego w tym zakresie (wyrok SN z dnia 12 maja 2011 r., I PK 193/10 Lex nr 852766). Moc wiążąca orzeczenia określona w art. 365 § 1 k.p.c. oznacza zatem, że dana kwestia prawna, która była przedmiotem rozstrzygnięcia w innej sprawie, a która ma znaczenie prejudycjalne w sprawie rozpoznawanej, kształtuje się tak jak to przyjęto we wcześniejszym prawomocnym orzeczeniu. Przesądzenie tej kwestii oznacza, że w późniejszym postępowaniu nie może być ona już ponownie badana, a zatem zachodzi konieczność ograniczenia dowodzenia faktów objętych prejudycjalnym orzeczeniem. W realiach rozpoznawanej sprawy oznacza to, że prawomocnym orzeczeniem sądu rozstrzygnięto nie tylko kwestię podlegania przez E. W. ubezpieczeniom społecznym (w tym ubezpieczeniu chorobowemu) w spornym okresie, ale również przyczyny jej niepodlegania, wynikające z nieważności czynności prawnej, określonej w art. 58 § 1 i 2 k.c.

Art. 84 ust. 1 i 2 ustawy systemowej stanowi osoba, która pobrała nienależne świadczenie z ubezpieczeń społecznych, jest obowiązana do jego zwrotu, wraz z odsetkami, w wysokości i na zasadach określonych przepisami prawa cywilnego. Za kwoty nienależnie pobranych świadczeń uważa się:

- 1) świadczenia wypłacone mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty w całości lub w części, jeżeli osoba pobierająca świadczenie była pouczona o braku prawa do ich pobierania;
- 2) świadczenia przyznane lub wypłacone na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzania w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia.

Charakter świadczenia nienależnego ma świadczenie, które zostało wypłacone osobie spełniającej w dacie wydania decyzji warunki pobierania świadczenia, a następnie utraciła uprawnienie do jego pobierania i mimo prawidłowego pouczenia nie powiadomiła o okolicznościach pozbawiających prawa do wypłaty świadczeń, bądź osobie, która nie miała w dacie wydania decyzji prawa do świadczenia i uzyskała wypłatę świadczenia na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów, albo innego świadomego wprowadzenia organu rentowego w błąd. Istotnym elementem konstrukcyjnym pojęcia nienależnego świadczenia jest więc świadomość osoby, która pobrała świadczenia, co do faktu, że zostało ono jej wypłacone bez podstawy prawnej na skutek świadomego wprowadzenia w błąd organu rentowego.

Nienależnie wypłacone i nienależnie pobrane są świadczenia przyznane lub wypłacone na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych wypadkach świadomego wprowadzania w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę je pobierającą. Istotną cechą konstrukcyjną tego rodzaju „błędu”, odróżniającą go od innych uchybień organów rentowych lub odwoławczych, jest istnienie mylnego wyobrażenia organu o stanie uprawnień wnioskodawcy, które powstało na skutek świadomego zachowania osoby pobierającej świadczenie. W judykaturze szeroko są kwalifikowane ramy zachowań zaliczane do świadomego wprowadzenia w błąd organu ubezpieczeń społecznych, które ujmuje się jako działania ubezpieczonego polegające na bezpośrednim oświadczeniu nieprawdy, przemilczeniu faktu mającego wpływ na prawo do świadczeń, złożeniu wniosku w sytuacji oczywiście nieuzasadniającej powstania prawa do świadczenia oraz okoliczność domniemanego współdziałania wnioskodawcy z innymi podmiotami we wprowadzeniu w błąd organu rentowego (wyr. SN z 5 kwietnia 2001 r., II UKN 309/00, OSNP 2003, Nr 2, poz. 44; wyr. SN z 8 stycznia 1999 r., II UKN 406/98, OSNAPiUS 2000, Nr 5, poz. 196;

wyr. SN z 29 lipca 1998 r., II UKN 147/98, OSNAPiUS 1999, Nr 14, poz. 471; wyr. SN z 20 maja 1997 r., II UKN 128/97, OSNAPiUS 1998, Nr 6, poz. 192; wyr. SN z 14 kwietnia 2000 r., II UKN 500/99, OSNAPiUS 2001, Nr 20, poz. 623). W ocenie Sądu Okręgowego na gruncie rozpoznawanej sprawy wbrew zapatrywaniom apelacji niewątpliwie wskazane przesłanki zostały spełnione. W sytuacji, kiedy E. W. nie podlegała ubezpieczeniom społecznym w razie choroby i macierzyństwa z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej to tym samym nie miała prawa do świadczeń, wyszczególnionych w zaskarżonej decyzji. W sytuacjach, kiedy ubezpieczeni pobierający zasiłek chorobowy z uwagi tryb przyznawania tego świadczenia nie są pouczeni *expressis verbis* o braku prawa do tego świadczenia (co do zasady organ nie wydaje decyzji o przyznaniu zasiłku chorobowego, wypłacając ustalone świadczenie) - art. 84 ust. 2 pkt 1 ww. ustawy systemowej, to takie ustalenie nie jest wystarczającą podstawą do stwierdzenia, że świadczeniobiorcy nie obciąża obowiązek zwrotu pobranego świadczenia, do którego utracił prawo wskutek niepodlegania ubezpieczeniom. Uwzględniając, że stwierdzenie niepodlegania ubezpieczeniom społecznym z reguły następuje w wyniku podjęcia działań kontrolnych, zainspirowanych wątpliwościami występującymi już po wypłacie świadczeń z ubezpieczenia społecznego, brak pouczenia ubezpieczonych o konsekwencjach prawnych braku zgłoszenia faktu zaprzestania działalności gospodarczej, prowadzący do zwolnienia z odpowiedzialności prawnej czyniłby całą procedurę prowadzącą do stwierdzenia niepodlegania ubezpieczeniom iluzoryczną, skoro i tak wydana w tym przedmiocie decyzja nie rodziłaby dla ubezpieczonego żadnych praktycznych skutków, skoro już wypłacone świadczenia nie mogłyby w istocie podlegać zwrotowi. Stąd też brak tak sformułowanego pouczenia nie może być uznawany za samoistną podstawę zmiany decyzji ZUS w sytuacji, gdy każdy przedsiębiorca podlegający ubezpieczeniom społecznym ma świadomość tego, że tylko rzeczywiste prowadzenie działalności gospodarczej jest tytułem do ubezpieczeń, z których wynika prawo do świadczeń. W rzeczywistości tytuł E. W. do podlegania ubezpieczeniom społecznym wynikał z działań czysto formalnych – zgłoszenia do ubezpieczeń i opłacenia składki, co jednak było pozbawione substratu materialnego – rzeczywistego prowadzenia przez ubezpieczoną działalności gospodarczej. To zaś zostało stwierdzone decyzją organu nr (...) z 28.11.2019 r. i prawomocnym wyrokiem Sądu Okręgowego w Sieradzu z 28.08.2020 r. sygn.akt IV U 86/20. W tej sytuacji formalne podjęcie działalności przez odwołującą jedynie w celu uzyskania prawa do świadczeń przy jednoczesnym pozorowaniu jej wykonywania m.in. przez składanie dokumentów rozliczeniowych, przy faktycznym nieprowadzeniu działalności, Sąd I instancji prawidłowo zakwalifikował jako działania ubezpieczonej wprowadzające ZUS w błądne przeświadczenie, że brak jest przeszkód do przyznania zasiłku chorobowego, a następnie macierzyńskiego i opiekuńczego. Tym samym nie można zaaprobować argumentacji apelującej, zmierzającej do przerzucenia odpowiedzialności za zaistniałą sytuację na organ rentowy w sytuacji, gdy odwołująca się utrzymywała, że prowadzi działalność gospodarczą, a działalności tej *de facto* nie prowadziła. Samo zgłoszenie się przedsiębiorcy do ubezpieczeń społecznych i opłacenie należnych składek, nie przesądza o tym, że faktycznie jest się takim przedsiębiorcą – czyli osobą prowadzącą działalność gospodarczą, osobą zgłoszoną do ubezpieczeń społecznych. Ta kwestia została ostatecznie przesądzona w postępowaniu w sprawie IV U 86/20.

W konsekwencji nie można organu rentowego obciążać ryzykiem w sytuacji, gdy strona nie podaje Zakładowi pełnej informacji o swoim rzeczywistym statusie a przez to zasadnym jest uznanie, iż zachowanie ubezpieczonej miało charakter świadomego wprowadzenia w błąd organu rentowego i świadomego pobierania świadczeń, do których nie miała tytułu prawnego. E. W. jako osoba prowadząca działalność gospodarczą, była zobligowana do zachowania należytej staranności, jaka obowiązuje podmioty funkcjonujące w obrocie gospodarczym a przez to winna wiedzieć i mieć pełną świadomość tego, z jakiego tytułu i w jakich okresach może podlegać ubezpieczeniom społecznym w razie choroby i macierzyństwa. W efekcie zachowanie ubezpieczonej, polegające na pobieraniu świadczeń z ubezpieczeń społecznych mimo wiedzy o braku faktycznych i prawnych podstaw do ich uzyskania słusznie zostało potraktowane przez organ rentowy i Sąd I instancji jako świadome działania ukierunkowane na wywołanie przekonania po stronie organu, iż zostały spełnione warunki nabycia prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, macierzyńskiego i opiekuńczego. Tym samym żądanie zwrotu uzyskanych przez nią nienależnie świadczeń za wskazane okresy należy uznać za znajdujące umocowanie w treści art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, co eliminuje wymóg formalnego pouczenia o braku prawa do świadczenia. Obowiązek zwrotu świadczenia obciąża bowiem tego, kto przyjął świadczenie w złej wierze, mając świadomość jego nienależności. Dotyczy to zarówno osoby, która została pouczona o okolicznościach dotyczących braku prawa do pobierania świadczenia (art. 84 ust. 2 pkt 1 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 ustawy systemowej). Świadomość nienależności świadczenia może mieć źródło w pouczeniu udzielonym przez organ rentowy co do okoliczności powodujących konieczność zwrotu świadczenia bądź też może wynikać z zawinionego działania osoby, która spowodowała wypłatę świadczeń, z czym mamy do czynienia w niniejszym postępowaniu (por. w tym zakresie postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 11 marca 2020 r. III UK 72/19). Już tylko ubocznie odnosząc się do argumentów apelacji, wskazujących na nie wynikające wprost z zaskarżonej decyzji skutki dla sytuacji prawnej odwołującej to należy podkreślić, że Sąd ubezpieczeń rozpoznaje odwołanie od decyzji organu rentowego w granicach decyzji. A zatem granice rozpoznania sprawy przed sadem ubezpieczeń wyznacza zaskarżona decyzja. Przedmiotem zaskarżonej decyzji w tym procesie był obowiązek zwrotu przez ubezpieczoną świadczeń nienależnie pobranych. Sąd badał zatem czy świadczenie zasiłkowe jest nienależne w rozumieniu przepisów prawa i czy wnioskodawczynię obciąża obowiązek jego zwrotu. Nie ma zatem znaczenia w tym procesie sytuacja osobista i majątkowa wnioskodawczynie. Okoliczności dotyczące osoby ubezpieczonej, jej sytuacji majątkowej i osobistej niewątpliwie będą miały znaczenie jeżeli wystąpi ona do organu rentowego z wnioskiem o odstąpienie od egzekwowania należności, rozłożenia na raty, częściowego czy całkowitego umorzenia należnych na rzecz organu rentowego kwot.

Reasumując zarówno zaskarżony wyrok Sądu I instancji, jak również zaskarżona decyzja ZUS odpowiadają prawu. Mając powyższe na uwadze Sąd Okręgowy nie znalazł podstaw do uwzględnienia apelacji i na podstawie art. 385 k.p.c. orzekł o jej oddaleniu.

Sławomir Matusiak

Zarządzenie: odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikowi odwołującej.

Sławomir Matusiak