

Sygn. akt(...)

## UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 4 stycznia 2018 r. (...) Oddział w S.:

1. odmówił E. R. (1) prawa do:

- zasiłku macierzyńskiego za okres od 1 grudnia 2012r. do 14 lutego 2013r.,

- zasiłku chorobowego za okresy: od 15 lutego 2013r. do 11 marca 2013r., od 16 marca 2013r. do 10 lipca 2013r., od 29 lipca 2013r. do 6 września 2013r., od 18 listopada 2013r. do 10 marca 2014r., od 17 marca 2014r. do 24 maja 2014r., od 5 sierpnia 2014r. do 27 listopada 2014r., od 9 grudnia 2014r. do 13 lutego 2015r., od 22 kwietnia 2015r. do 20 października 2015r., od 15 stycznia 2016r. do 14 lipca 2016r., od 28 lipca 2016r. do 11 sierpnia 2016r., od 1 września 2016r. do 16 września 2016r. od 18 września 2016r. do 15 października 2016r., od 28 października 2016r. do 14 marca 2017r., od 20 marca 2017r. do 1 kwietnia 2017r., od 7 kwietnia 2017r. do 24 kwietnia 2017r., od 24 maja 2017r. do 12 lipca 2017r.,

- zasiłku opiekuńczego za okresy: od 1 października 2013r. do 15 października 2013r., od 17 czerwca 2014r. do 21 czerwca 2014r., 15 lipca 2014r. do 28 lipca 2014r., od 26 lutego 2015r. do 10 marca 2015r., od 25 marca 2015r. do 7 kwietnia 2015r., od 8 stycznia 2016r. do 11.01.2016r.,

2. zobowiązał E. R. (1) do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, w tym:

- zasiłku chorobowego za okresy: od 9 grudnia 2014r. do 13 lutego 2015r., od 22 kwietnia 2015r. do 20 października 2015r., od 15 stycznia 2016r. do 14 lipca 2016r., od 28 lipca 2016r. do 11 sierpnia 2016r., od 1 września 2016r. do 16 września 2016r. od 18 września 2016r. do 15 października 2016r., od 28 października 2016r. do 14 marca 2017r., od 20 marca 2017r. do 1 kwietnia 2017r., od 7 kwietnia 2017r. do 24 kwietnia 2017r., od 24 maja 2017r. do 12 lipca 2017r.

- zasiłku opiekuńczego za okresy: od 26 lutego 2015r. do 10 marca 2015r., od 25 marca 2015r. do 7 kwietnia 2015r., od 8 stycznia 2016r. do 11.01.2016r.,

w łącznej kwocie 153 949,60 wraz z odsetkami w wysokości 18 649,14 zł.

***Uzasadniając zajęte stanowisko organ rentowy wskazał, że adresatka decyzji, choć przystąpiła do ubezpieczeń społecznych z tytułu działalności pozarolniczej, w istocie takowej działalności nie wykonywała, a jedynie stworzyła pozory jej prowadzenia celem uzyskania wysokich świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. W istocie zatem nie podlegała ubezpieczeniom społecznym (co stwierdzono uprzednio wydaną decyzją z dnia 12 grudnia 2017r.), a pobrane przez nią w przeszłości świadczenia jako nienależne podlegają zwrotowi.***

Ubezpieczona wniosła odwołanie od decyzji organu domagając się ustalenia, że ma prawo do objętych nią świadczeń, a w konsekwencji nie istnieje po jej stronie obowiązek zwrotu tej części z nich, których domaga się organ rentowy. E. R. (1) powołała się na zaskarżenie decyzji o niepodleganiu ubezpieczeniom społecznym, a tym samym przedwczesność decyzji zasiłkowej, a nadto wskazała, że:

- organ rentowy obligowany jest do weryfikacji przesłanek do świadczeń z ubezpieczenia społecznego przed wydaniem decyzji, zatem skoro przyznał ubezpieczonej w przeszłości zasiłki, to uznał, że przesłanki te zostały spełnione,

- decyzje przyznające poszczególne świadczenia nigdy nie zostały wzruszone,

- ubezpieczona nie była pouczona o braku prawa do pobierania świadczeń, a wypłata nie nastąpiła po utracie takiego prawa,

- nie doszło do wprowadzenia organu w błąd, bowiem ubezpieczona przedkładała prawdziwe dokumenty, a podleganie ubezpieczeniom wynikało z zarejestrowanej i faktycznie prowadzonej, a nie fikcyjnej, działalności gospodarczej,
- organ nie przedstawił wyliczenia żądanej kwoty,
- nie ma podstawy do naliczania odsetek za okres sprzed dnia doręczenia decyzji zobowiązującej do zwrotu świadczeń,
- organ domaga się zwrotu świadczeń wypłaconych za okres sprzed 4 stycznia 2015r., choć przepisy ograniczając możliwość dochodzenia kwot uiszczony za okres dłuższy niż 3 lata.

Organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania wskazując na dokonane w toku prowadzonego przezeń postępowania ustalenia uzasadniające wyłączenie E. R. (1) z ubezpieczeń, nadto zaś podnosząc, iż brak prawomocności decyzji w tym przedmiocie nie stanowi przeszkody do rozstrzygnięcia w przedmiocie zasiłków, a ustalenie pierwszego z postępowań sądowych (dotyczącego podlegania ubezpieczeniom społecznym) rzutować będą na wynik drugiego z nich (dotyczącego zasiłków).

Obie strony wystąpiły o koszty procesu.

Postanowieniem z dnia 18 czerwca 2018 r. sąd zawiesił na podstawie art. 177 § 1 pkt 1 k.p.c. postępowanie w sprawie do czasu rozstrzygnięcia sprawy o podleganie ubezpieczeniom społecznym.

Po podjęciu przez sąd postępowania w dniu 17 maja 2019r. ubezpieczona podtrzymała dotychczasowe stanowisko wskazując, iż choć prawomocne odrzucenie odwołania od decyzji dotyczącej niepodlegania ubezpieczeniom społecznym wyłącza możliwość prowadzenia w niniejszej sprawie dowodów na to podleganie, to nie oznacza uznania świadczeń z ubezpieczenia chorobowego za nienależnie pobrane. Wskazała na brak świadomości co do niezasadności zasiłków w chwili ich pobierania i niedziałanie w złej wierze.

### ***Sąd ustalił następujący stan faktyczny.***

E. R. (1) (wówczas nosząca nazwisko J.) zarejestrowała prowadzenie działalności pozarolniczej (usług w zakresie sprzątnięcia) pod firmą (...) od dnia 2 kwietnia 2012r. i z tego tytułu przystąpiła do ubezpieczeń społecznych, w tym chorobowego.

Niesporne, a nadto dowód: informacja z (...) nienumerowana 3 od końca karta akt organu obejmujących postępowanie w przedmiocie ustalenia podlegania ubezpieczeniom społecznym,

Od początku E. R. (1) deklarowała i opłacała składki na ubezpieczenia społeczne od najwyższej możliwej przewidzianej dla osób prowadzących działalność pozarolniczą podstawy.

Niesporne

Już od 9 lipca 2012r. ubezpieczona, wskutek złożonych do (...) Oddziału w S. wniosków, w oparciu o zaświadczenia lekarskie o niezdolności do pracy z powodu choroby swojej lub dziecka oraz dokumenty potwierdzające urodzenie dziecka, pobierała świadczenia z ubezpieczenia chorobowego:

- za okres 9 lipca 2012r. – 30 sierpnia 2012r. zasiłek chorobowy,
- za okres 31 sierpnia 2012r. – 14 lutego 2013r. zasiłek macierzyński,
- za okres 15 lutego 2013 r. - 11 marca 2013 r. zasiłek chorobowy,
- za okres 29 lipca 2013r. - 6 września 2013r. zasiłek chorobowy,
- za okres 1października 2013r. - 15 października 2013r. zasiłek opiekuńczy,

- za okres 16 marca 2013 r. - 10 lipca 2013r. zasiłek chorobowy,
- za okres 18 listopada 2013 r. - 10 marca 2014 r. zasiłek chorobowy,
- za okres 17 marca 2014r. - 24 maja 2014r. zasiłek chorobowy,
- za okres 17 czerwca 2014r. – 21 czerwca 2014r. – zasiłek opiekuńczy,
- za okres 15 lipca 2014r. – 28 lipca 2014r. zasiłek opiekuńczy,
- za okres 5 sierpnia 2014r. - 27 listopada 2014r. zasiłek chorobowy,
- za okres 9 grudnia 2014r. - 13 lutego 2015r. zasiłek chorobowy,
- za okres 26 lutego 2015r. – 10 marca 2015r. zasiłek opiekuńczy,
- za okres 25 marca 2015r. – 7 kwietnia 2015r. zasiłek opiekuńczy,
- za okres 22 kwietnia 2015 r. - 20 października 2015 r. zasiłek chorobowy,
- za okres 8 stycznia 2016r. – 11 stycznia 2016r. zasiłek opiekuńczy,
- za okres 15 stycznia 2016 r. - 14 lipca 2016 r. zasiłek chorobowy,
- za okres 28 lipca 2016 r. - 11 sierpnia 2016 r. zasiłek chorobowy,
- za okres 1 września 2016 r. - 16 września 2016 r. zasiłek chorobowy
- za okres 18 września 2016 r. -15 października 2016 r. zasiłek chorobowy,
- za okres 28 października 2016 r. - 14 marca 2017 r. zasiłek chorobowy,
- za okres 20 marca 2017 r. - 1 kwietnia 2017 r. zasiłek chorobowy,
- za okres 7 kwietnia 2017 r. - 24 kwietnia 2017 r. zasiłek chorobowy,
- za okres 24 maja 2017 r. - 12 lipca 2017 r. zasiłek chorobowy

Za część okresów przypadających pomiędzy okresami pobierania świadczeń ubezpieczona też przedkładała zwolnienia lekarskie, jednak organ odmawiał jej świadczeń np. w związku z wyczerpaniem okresu zasiłkowego.

Organ rentowy nie wydawał decyzji przyznających zasiłki, a poprzestawał na ich wypłacie. Jedynie odmowa prawa do świadczeń dokonywana była w formie decyzji.

***Dowód: karta zasiłkowa – nienumerowane, cztery ostatnie strony w aktach zasiłkowych, dokumentacja z postępowań o świadczenia – k. 65a – 65c***

Wypłacone E. R. (1) świadczenia z ubezpieczenia chorobowego za wymienione wyżej okresy przypadające począwszy od dnia 9 grudnia 2014r., wyliczone od podstawy składek wskazanej przez ubezpieczoną odpowiadały łącznie kwocie 153 949, 60 zł

***Dowód: karta zasiłkowa – nienumerowane, cztery ostatnie strony w aktach zasiłkowych,***

Zwolnienia lekarskie przypadające po okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego były wystawiane ubezpieczonej przede wszystkim przez psychiatrę z powodu zaburzeń depresyjno-lękowych oraz z zaburzeń adaptacyjnych.

**Dowód: dokumentacja z postępowań o świadczenia – k. 65a – 65c, w tym zaświadczenia o niezdolności do pracy, opinie lekarskie i pisma lekarzy, dokumentacja medyczna – k. 81 - 115, zeznania świadków: P. T. zapis skrócony k. 131-132; P. J. zapis skrócony k. 133, przesłuchanie ubezpieczonej zapis skrócony k.70-73, k. 134.**

(...) Oddział w S. wszczął w lipcu 2017r. postępowanie wyjaśniające w przedmiocie w przedmiocie prawidłowości zgłoszenia E. R. (1) do ubezpieczeń społecznych.

W toku postępowania na podstawie przedstawionych przez ubezpieczoną dowodów ustalono, że przez okres pięcioletniej działalności gospodarczej E. R. (2) wystawiła rachunki tylko w 2015 r. (2 w miesiącu maju na kwotę 2 300 zł, 2 w miesiącu listopadzie 2015 r. na kwoty 1 600 zł i 212,62 zł oraz 1 rachunek w grudniu na kwotę 152,62 euro). Przesłuchani odbiorcy usług objętych rachunkami zeznali, że ubezpieczona sprzątała pomieszczenia w prowadzonych przez nich firmach, nie zawarli z nią jednak umów.

Efektom przeprowadzonego postępowania było wydanie przez ten organ w dniu 12 grudnia 2017r. decyzji nr (...) stwierdzającej, iż E. R. (1) nie podlega od 2 kwietnia 2012r. do 30 września 2017r. obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu, dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu. Organ wskazał w tej decyzji, że faktycznym powodem zarejestrowania przez ubezpieczoną działalności gospodarczej była wola skorzystania ze świadczeń z ubezpieczenia chorobowego naliczonych od bardzo wysokiej podstawy wymiaru składek. W istocie działalność zaś nie była prowadzona. Pojedyncze usługi, jakich podjęła się E. R. (1), miały na celu jedynie uwiarygodnienia istnienia tytułu ubezpieczenia społecznego.

Dowód: dokumentacja w aktach organu obejmujących postępowanie w przedmiocie ustalenia podlegania ubezpieczeniom społecznym, decyzja (...) Oddziału w S. z dnia 12 grudnia 2017. – nienumerowane, czwarta – siódma z kolei karty akt zasiłkowych

Od decyzji tej ubezpieczona wniosła odwołanie do Sądu (...) wS.

Niesporne, nadto odwołanie – k. 3 - 6 akt (...) Sądu(...) w S.

Odwołanie to jako spóźnione zostało odrzucone postanowieniem Sądu (...) z dnia 7 sierpnia 2018r., które stało się prawomocne wobec oddalenia wniesionego przez ubezpieczoną zażalenia postanowieniem Sądu (...) w S. z dnia 13 grudnia 2018 r. sygn. akt (...)

Niesporne, a nadto postanowienia sądów dwóch instancji – k. 57, 96 - 101 akt (...)

Zaskarżona decyzja zasiłkowa została ubezpieczonej doręczona w dniu 8 stycznia 2018r.

Niesporne, a nadto dowód: potwierdzenie doręczenia decyzji przypięty do decyzji niej (nienumerowana druga z kolei karta akt zasiłkowych

Za 2012r. ubezpieczona wskazała przychód z działalności pozarolniczej w kwocie 11 030 zł.

Dowód: informacja Urzędu Skarbowego w M. z dnia 8 sierpnia 2017r. – karta nienumerowana w aktach organu obejmujących postępowanie w przedmiocie ustalenia podlegania ubezpieczeniom społecznym

Kwota ta odpowiadała sumie wartości usług wynikającej z 8 wystawionych przez ubezpieczoną rachunków łącznie dla 4 podmiotów (po 3 dla dwóch i po 1 dla pozostałych). We wszystkich rachunkach wskazano na płatność gotówkową, podobnie jak w rachunkach wystawianych w kolejnych latach na te i inne podmioty.

Dowód: rachunki wystawiane przez ubezpieczoną – karty nienumerowane w aktach organu obejmujących postępowanie w przedmiocie ustalenia podlegania ubezpieczeniom społecznym

Ubezpieczonej jako przedsiębiorcy wystawiono w 2012r. dwie faktury za zakup środków czystości i narzędzi do ich wykorzystywania. Obejmowały one wyłącznie po jednym opakowaniu zwykłych środków chemicznych używanych na co dzień w gospodarstwie domowym (w tym proszku do prania i płynu do płukania) oraz mopa i ścierki.

Dowód: faktury VAT z 12 i 14 maja 2012r. – karta nienumerowane w aktach organu obejmujących postępowanie w przedmiocie ustalenia podlegania ubezpieczeniom społecznym

W kolejnych latach ubezpieczona wykazała z działalności przychód:

- za 2013r. w kwocie 2 300 zł,
- za 2014r. w kwocie 4500 zł,
- za 2015r. w kwocie 5 464, 72 zł.
- za rok 2016r. 0 zł.

Dowód: informacja Urzędu Skarbowego w M. z dnia 8 sierpnia 2017r. – karta nienumerowana w aktach organu obejmujących postępowanie w przedmiocie ustalenia podlegania ubezpieczeniom społecznym.

Przychód ten odpowiadał wystawionym rachunkom za usługi, które miały być wykonywane w okresach przypadających pomiędzy zwolnieniami lekarskimi. W jednym wypadku rachunek obejmował cały okres przypadający pomiędzy pobieraniem świadczeń z ubezpieczenia chorobowego (11 – 24 marca 2015r.).

Dowód: rachunki wystawiane przez ubezpieczoną – karty nienumerowane w aktach organu obejmujących postępowanie w przedmiocie ustalenia podlegania ubezpieczeniom społecznym

### ***Sąd zważył, co następuje.***

Zaskarżona w niniejszym postępowaniu decyzja organu rentowego z dnia 4 stycznia 2018r. w przeważającej części prawidłowa, podlegała niewielkiej tylko zmianie.

Wskazana decyzja stanowiła następstwo wyłączenia E. R. (1) z ubezpieczeń społecznych, w tym chorobowego, a w konsekwencji odpadnięcia przesłanki warunkującej w świetle przepisów ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (na dzień decyzji t.j. Dz.U.2017.1368 ze zm.), a ściśle rzecz ujmując art. 6 ust. 1, 29 ust. 1 i 32 ust. 1 w zw. z art. 1 ust. 1 tej ustawy każde ze świadczeń (zasilek chorobowy, macierzyński i opiekuńczy) objętych tym rozstrzygnięciem.

Zasady podlegania ubezpieczeniom społecznym, w tym ubezpieczeniu chorobowemu unormowane są w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (na dzień zaskarżonej decyzji t.j. Dz. U. 2017.1778 ze zm.), zwanej dalej ustawą systemową. Zgodnie z art. 11 ust. 1 i 2 ustawy systemowej (w brzmieniu obowiązującym w okresie objętym zaskarżoną decyzją) 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, a dobrowolnie ubezpieczeni wymienieni w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8 i 10 czyli wykonujący pracę nakładczą, wykonujący pracę na podstawie umowy agencyjnej, zlecenia, umowy o świadczenie usług, prowadzący działalność pozarolniczą i osoby z nimi współpracujące, wykonujący pracę na podstawie skierowania do pracy w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania oraz duchowni.

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

Podleganie przez E. R. (1) ubezpieczeniu społecznemu ze wskazanego tytułu stanowiło przedmiot postępowania przed organem rentowym zakończonego decyzją wyłączającą E. R. (1) z ubezpieczeń społecznych (ustalająca, że wnosząca odwołanie nie podlega tym ubezpieczeniom) od dnia 2 kwietnia 2012r. Decyzja ta jest ostateczna wobec prawomocnego odrzucenia wniesionego od niej odwołania w postępowaniu sądowym. Taki charakter decyzji czyni ją wiążącą dla sądu w niniejszej sprawie (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 29 stycznia 2008r.(...), 10 czerwca 2008r. (...)), co nie wymaga szerokich rozważań jako że ubezpieczona po podjęciu postępowania sama wskazała na świadomość tego stanu rzeczy. Oznacza to, że odwołująca się nie miała prawa do wypłaconych świadczeń jako osoba nie posiadająca tytułu ubezpieczenia.

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

Wydanie w dniu 12 grudnia 2017r. decyzji o niepodleganiu E. R. (1) ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej stanowi ujawnienie okoliczności mających wpływ na prawo do zasiłków chorobowego, macierzyńskiego i opiekuńczego dotychczas pobranych przez odwołującą się. Stanowi więc podstawę do ponownego rozstrzygnięcia o świadczeniach.

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

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

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

Zgodnie z art. 84 ust. 1 ustawy systemowej (w brzmieniu z daty zaskarżonej decyzji) osoba, która pobrała nienależne świadczenie z ubezpieczeń społecznych, jest obowiązana do jego zwrotu, wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w wysokości i na zasadach określonych przepisami prawa cywilnego. Za kwoty nienależnie pobranych świadczeń uważa się świadczenia wypłacone mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty w całości lub w części, jeżeli osoba pobierająca świadczenia była pouczona o braku prawa

do ich pobierania oraz świadczenia przyznane lub wypłacone na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzania w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia (art. 84 ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy systemowej).

Wbrew wywiadowi E. R. (1) w sprawie zachodziły podstawy do uznania wypłaconych jej zasiłków za świadczenia nienależnie pobrane.

Wypłata świadczeń nastąpiła w oparciu o dokumenty złożone przez ubezpieczoną będącą jednocześnie płatnikiem składek, a to zgłoszenia do ubezpieczeń, zaświadczeń płatnika składek dla celów zasiłkowych, wniosku o urlop macierzyński, oświadczeń na potrzeby zasiłku opiekuńczego oraz dokumentacji potwierdzającą niezdolność do pracy i urodzenie dziecka. Złożenie tych dokumentów w sytuacji braku w rzeczywistości tytułu ubezpieczenia (tj. w sytuacji nieprowadzenia działalności gospodarczej, a jedynie podjęcia czynności pozorujących jej prowadzenie) uznać należy za świadome wprowadzenie w błąd, o jakim mowa w art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej.

Związanie sądu decyzją organu rentowego w przedmiocie niepodlegania ubezpieczeniom społecznym musi obejmować i podstawę rozstrzygnięcia – to co je uwarunkowało tj. nieprowadzenie w rzeczywistości przez adresatkę decyzji działalności pozarolniczej.

Skoro E. R. (1) działalności pozarolniczej nie prowadziła, musiała mieć świadomość niespełniania przesłanek podlegania ubezpieczeniom społecznym.

W sprawach o zwrot świadczeń ciężar dowodu, że świadczenie pobrano nienależnie spoczywa na organie rentowym. Organ uczynił mu zadość dokumentując, że ubezpieczona zadeklarowała podleganie ubezpieczeniom społecznym z tytułu działalności, choć (co potwierdza ostateczna decyzja, o jakiej mowa wyżej), takiej działalności nie wykonywała. Jednoznacznie świadczyło to o świadomym działaniu E. R. (1). Po stronie ubezpieczonej leżało w tej sytuacji wykazanie okoliczności przeczących jej świadomości co do niespełnienia przesłanek podlegania ubezpieczeniom społecznym. Dowody zaprezentowane w tej sprawie braku takiej świadomości dostatecznie nie potwierdziły.

Twierdzenia E. R. (1) o niemożności przypisania jej świadomego działania wobec pozostawania przez nią w przekonaniu o istnieniu podstaw do podlegania ubezpieczeniom społecznym stanowią w ocenie sądu li tylko strategię procesową. Uznaniu, iż w istocie ubezpieczona pozostawała w dobrej wierze, przeczy analiza materiału zebranego przez organ w postępowaniu wyjaśniającym poprzedzającym wyłączenie odwołującej się z ubezpieczeń. Wskazuje ona na trafność wyrażonego przez organ stanowiska o braku zamiaru prowadzenia przez zgłaszającą się do ubezpieczeń działalności, a jedynie pozorowaniu jej wykonywania. Na jej tle, podobnie jak na podstawie dowodów zgromadzonych w toku procesu, nie sposób przyjąć, by E. R. (1) wykonywała i chciała wykonywać usługi sprzątkowania, które mogła utożsamiać z prowadzeniem działalności pozarolniczej, a zatem, aby wskazując organowi na prowadzenie działalności, nie działała z zamiarem świadomego wprowadzenia w błąd.

Żaden przepis nie zabrania kobiecie w ciąży podjęcia aktywności zawodowej nawet jeśli takie podjęcie warunkowane jest wyłącznie zamiarem uzyskania zabezpieczenia finansowego w postaci świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Podobnie rzecz ma się z ukierunkowanym na zmaksymalizowanie wysokości świadczeń zadeklarowaniem najwyższej dopuszczalnej przepisami podstawy wymiaru składek przez ciężarną podejmującą działalność pozarolniczą. Jednakże osoba taka, by uzyskać zabezpieczenie społeczne, musi aktywność zarobkową w istocie podejmować. O tym, że warunek ten nie został spełniony w przypadku ubezpieczonej świadczy nie tylko rodzaj działalności (wysiłek fizyczny i kontakt z chemikaliami charakterystyczne dla usług porządkowych nie są zalecane w ciąży nawet gdy ta nie jest zagrożona), ale przede wszystkim brak przekonujących dowodów na to, że ubezpieczona jakąś aktywność wykonywała przed udaniem się na zwolnienie w związku z ciążą.

E. R. (1) w niniejszym postępowaniu nie wykazała, by w istocie wykonywała w 2012r. (a także później) czynności mieszczące się w ramach jej działalności pozarolniczej. Same przedstawienie rachunków za usługi trudno uznać za wystarczające w sytuacji, gdy po pierwsze odnalazły się one dopiero po decyzji organu, po drugie wszystkie dotyczą płatności gotówkowych. Choć bowiem takowe płatności są możliwe, to pomiędzy przedsiębiorcami (a większość

rachunków wystawiona jest na takie podmioty) mają raczej charakter wyjątkowy, zwłaszcza gdy chodzi nie o pierwszą, a kolejną usługę. E. R. (1) nie przedstawiła dowodów na to, że reklamowała gdzieś swoje usługi ani że miała przygotowane zaplecze narzędziowe do ich wykonywania. Środki czystości objęte fakturami ani rodzajowo ani ilościowo nie są adekwatne do wykonywania usług sprzątania w sposób zorganizowany, ponadto faktury pochodzą dopiero z maja 2012r., gdy część rachunków za usługi ma datę kwietniową. Zeznania męża ubezpieczonej co do jej aktywności zarobkowej są bardzo oszczędne (skupiają się na stanie zdrowia po urodzeniu dziecka), nie stanowią więc dostatecznego dowodu na podejmowanie przez E. R. (1) usług porządkowych. Sama ubezpieczona jest zaś wydatnie zainteresowana wynikiem postępowania, więc do dowodu w postaci jej przesłuchania trzeba podchodzić z dużą ostrożnością. Wieloletnie korzystanie ze świadczeń z ubezpieczenia chorobowego z niewielkimi tylko okresami opłacania składek wskazują, że zarejestrowanie działalności nie miało na celu jej prowadzenia, a jedynie zapewnienie sobie stabilnego źródła dochodów w postaci świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. To, że w kolejnych latach E. R. (1) także wystawiała rachunki nie oznacza, że podejmowała czynności, które utożsamiała z prowadzeniem działalności. Rachunki te budzą wątpliwości nie tylko z uwagi na wyłącznie płatność gotówkową, ale i dlatego, że przypadają one także w krótkich okresach między zwolnieniami tak jakby praca tylko czekała na E. R. (1) i w ani jednym wypadku nie są poparte umową na wykonywanie usługi.

Powyższe nakazywało uznanie decyzji za prawidłową także w części dotyczącej obowiązku zwrotu pobranych kwot.

Art. 84 ust. 2 przewiduje dwa rodzaje nienależnie pobranych świadczeń. Brzmienie przepisu nie daje żadnych podstaw do wywodzenia, by warunki wyrażone w pkt 1 i 2 musiały być spełnione łącznie, a zatem by ubezpieczony musiał być stosownie pouczony. Powoływany zatem przez E. R. (1) brak pouczenia nie ma znaczenia dla zakwalifikowania wypłaconych jej zasiłków jako pobrane nienależnie.

Nietrafny jest zarzut braku podstaw do żądania zwrotu świadczeń pobranych za okresy wcześniejsze niż przypadające w okresie 3 lat poprzedzających wydanie decyzji. Zgodnie z utrwalonym już orzecznictwem art. 84 ust. 5 ustawy systemowej, określa maksymalną długość okresu wypłaty świadczeń danego rodzaju. Innymi słowy organ może żądać zwrotu każdego świadczenia, ale za okres nie dłuższy niż 3 lata jego wypłaty (por. uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2012 r., III UZP 1/12, OSNP 2012, nr 23-24, poz. 290) a nie za okresy przypadające w ostatnich trzech latach przed wydaniem decyzji. To do jakich okresów wstecz może sięgnąć organ określa art. 84 ust. 7a ustawy systemowej obowiązujący już w dacie wydania zaskarżonej decyzji.

W odwołaniu podnoszono, iż organ nie przedstawił wyliczenia wysokości dochodzonej należności. Wysokość tę potwierdzają jednak zapisy karty zasiłkowej, których strona odwołująca się po doręczeniu jej dokumentu ostatecznie nie zakwestionowała. Wskazywana przez organ należność odpowiada świadczeniom brutto wypłaconym za okres 9 grudnia 2014r. – 13 lutego 2015r. i okresy późniejsze, bo tylko ich dotyczy żądanie zwrotu, co wynika wprost z treści decyzji. W istocie fizycznie ubezpieczona otrzymała kwotę niższą, jako że zasiłki stanowiące przychód podlegają opodatkowaniu, a zaliczka na podatek odprowadzana jest przez organ rentowy. Ubezpieczona winna zwrócić organowi świadczenia w wysokości brutto, natomiast po jej stronie leży korekta deklaracji podatkowej i wykazanie nadpłaconego podatku, co pozwoli na uzyskanie jego zwrotu.

Jak już wskazywano, zgodnie z ówczesnym brzmieniem art. 84 ust. 1 ustawy systemowej (przepis uległ modyfikacji w 2021r.), 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. Art. 84 ust. 1 ustawy systemowej odsyłał w zakresie wysokości i zasad naliczania odsetek do przepisów prawa cywilnego, a zatem do regulacji zawartych w kodeksie cywilnym. Odesłanie to nie mogło być jednak rozumiane zbyt szeroko. Nie dotyczyło ono, zdaniem sądu, terminu wymagalności świadczeń podlegających zwrotowi a w konsekwencji terminu, od którego organ rentowy może żądać odsetek. Opóźnienie dłużnika w prawie cywilnym uregulowane jest bowiem w różny sposób w zależności od rodzaju świadczenia, jakiego dotyczy. Określenie terminu wymagalności świadczenia z ubezpieczeń społecznych podlegającego zwrotowi musi być ustalone nie na gruncie przepisów prawa cywilnego, a na gruncie przepisów prawa ubezpieczeń społecznych. Zasady prawa cywilnego, o jakich mowa w art. 84 ust. 1 ustawy systemowej to zasady wskazane w art. 481 § 1 i 2 k.c. W myśl wymienionych przepisów jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem



świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi, przy czym jeżeli stopa odsetek za opóźnienie nie była z góry oznaczona, należą się ustawowe odsetki za opóźnienie. Określenie terminu powstania opóźnienia osoby zobligowanej do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych musi być oceniane jednak na gruncie przepisów ubezpieczeniowych. Ustalenie, że wypłacone świadczenie z ubezpieczeń społecznych jest nienależne, zostaje dokonane dopiero w drodze decyzji administracyjnej wydanej przez organ rentowy. Dopiero od dnia następnego po dniu otrzymania decyzji w tym zakresie jej adresat, jeśli zostaje zobowiązany do zwrotu świadczenia, pozostaje w opóźnieniu skutkującym możliwością żądania odsetek. Z datą otrzymania decyzji uzyskuje on bowiem wiedzę o tym, że świadczenie jest nienależne (otrzymuje wezwanie do jego zwrotu). Taki pogląd sądu znajduje poparcie w uzasadnieniach wyroków Sądu Najwyższego z dnia 3 lutego 2010r. (...) i z dnia 16 grudnia 2008 r. (...). Prawdliwość przedstawionej interpretacji potwierdza dokona w 2021r. modyfikacja art. 84 ust. 1 ustawy systemowej polegająca na wskazaniu daty początkowej okresu, za jaki odsetki winny być naliczane z jednoczesnym pozostawieniem bez zmian pierwszego zdania wskazanego przepisu.

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 odsetek, w pozostałym zaś zakresie na podstawie art. 477<sup>14</sup> § 1 k.p.c oddalił odwołanie od tej decyzji jako nieuzasadnione.

Przeciwko obowiązkowi zwrotu świadczeń nie mogą przemawiać art. 2 Konstytucji RP czy zapisy Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, w tym art. 1 Protokołu 1 do tej Konwencji dotyczącego prawa do poszanowania mienia. Cofnięcie prawa do świadczeń z zabezpieczenia społecznego wcześniej przyznanych i wypłacanych może stanowić naruszenie tego ostatniego przepisu, nie sposób jednak uznać, by obejmowało to każdą taką sytuację. Sądowi znany jest wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 2 października 2012r. sygn. akt 25360/04 czy też wyrok z dnia 15 września 2009r. sygn. 10373/05. Stany faktyczne, w których te orzeczenia zostały wydane istotnie jednak odbiegają od okoliczności sprawy niniejszej. Nie chodzi przy tym sądowi o rodzaj świadczeń, a fakt, iż we wskazanych sprawach odebrane później świadczenia nie zostały przyznane na skutek działań ich beneficjentów nakierowanych na wyłudzenie tychże. Tymczasem tak właśnie było w sprawie niniejszej. Wypłata świadczeń z ubezpieczenia chorobowego nie jest ograniczona wysokością uiszczonych składek i następuje ze środków zgromadzonych przez wszystkich ubezpieczonych. Nie sposób oceniać sytuacji ubezpieczonej przez pryzmat wyłącznie jej interesów z pominięciem wskazanej wyżej kwestii.

Orzeczenie o kosztach wydane zostało w oparciu o art. 98 § 1 i 3 k.p.c., zgodnie z którym strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu), do których zalicza się wynagrodzenie zawodowego pełnomocnika nie wyższe niż stawki opłat określone w odrębnych przepisach. Z uwagi na niewielką jedynie zmianę decyzji zasadnym było uznanie organu za wygrywającego sprawę, a w konsekwencji obciążenie ubezpieczonej kosztami procesu w całości. Koszty te odpowiadają stawce minimalnej przewidzianej w § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (t.j. Dz.U. 2018.265)

Stan faktyczny sąd ustalił na podstawie dokumentów znajdujących się w aktach sprawy, w tym aktach organu i aktach sprawy Sądu (...) w S. (...). To dlatego część z nich została uznana za niemiarodajna do dokonania ustaleń zostało już omówione. Podobnie rzecz ma się z zeznaniami męża ubezpieczonej i jej samej. Zeznania P. J. co do stanu zdrowia jego żony, podobnie jak zeznania lekarza, który leczył ubezpieczoną, nie miały istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia, dotyczą bowiem okoliczności, jakie wystąpiły już po urodzeniu dziecka, a więc takich które nie mogły rzutować na ocenę działań E. R. (1) w chwili rejestrowania działalności pozarolniczej i składania pierwszego ze zwolnień lekarskich.

Sygn. akt (...)

## ZARZĄDZENIE

1. (...)

2. (...)

3. (...)