

Sygn. akt III Ua 20/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 lutego 2019r.

Sąd Okręgowy w Suwałkach III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	<i>SSO Piotr Witkowski (spr.)</i>
Sędziowie:	<i>SSO Danuta Poniatowska</i> <i>SSO Mirosław Krzysztof Derda</i>
Protokolant:	<i>st.sekr.sąd. Marta Majewska-Wronowska</i>

po rozpoznaniu w dniu 19 lutego 2019r. w Suwałkach na rozprawie

sprawy z odwołania K. N.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B.

o zasiłek chorobowy i zasiłek opiekuńczy

na skutek apelacji wnioskodawczyni K. N.

od wyroku Sądu Rejonowego w Suwałkach IV Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 18 października 2018r. sygn. akt IV U 164/18

oddala apelację.

Sygn. akt III Ua 20/18

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. decyzją z dnia 14.06.2018r., działając na podstawie art. 1 ust. 1, art. 6 ust. 1, art. 32 ust. 1 pkt. 2, art. 46 ustawy z dnia 25.06.1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2017r. poz. 1368, z późn. zm.) stwierdził, że:

- podstawę wymiaru zasiłku chorobowego K. N. przysługującego po ustaniu tytułu ubezpieczeń od 12.05.2015r. do 03.09.2015r. stanowi kwota ograniczona do 100% przeciętnego wynagrodzenia [3.942,67zł (12.05-31.05.2015), 4.054,89zł (01.06-31.08.2015), 3.854,88zł (01.09- 03.09.2015)]

- K. N. nie ma prawa do zasiłku chorobowego wypłaconego z ubezpieczenia chorobowego za okresy: 03.11.2015r. do 03.01.2016r., od 06.02.2016r. do 19.02.2016r., od 05.03.2016r. do 14.03.2016r., 31.03.2016r. do 08.11.2016r. oraz zasiłku opiekuńczego za okresy: od 04.09.2015r. do 02.11.2015r., od 04.01.2016r. do 15.01.2016r., od 18.01.2016r. do

30.01.2016r. do 01.02.2016r. do 05.02.2016r., od 20.02.2016r. do 04.03.2016r., od 15.03.2016r. do 30.03.2016r. i działając w oparciu o:

art. 66 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, art. 84 ustawy z dnia 13.10.1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017r. poz. 1778, z późn. zm.)

i postanowił zobowiązać K. N. do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego wraz z odsetkami w łącznej kwocie 130.779,36zł.

Wskazał również, że na ustaloną kwotę składa się:

- należność główna 113.384,27zł z funduszu chorobowego (w tym: zasiłek chorobowy w kwocie 12.423,34zł wypłacony za okres od 12-05-2015 do 03-09-2015 od zawyżonej podstawy wymiaru; zasiłek opiekuńczy w kwocie 25 860,00zł za okresy: od 04-09-2015 do 02-11-2015, od 04-01-2016 do 15-01-2016, od 18-01-2016 do 30-01-2016, od 01-02-2016 do 05-02-2016, od 20-02-2016 do 04-03-2016, od 15-03-2016 do 30-03-2016 oraz zasiłek chorobowy w kwocie 75 100,93zł za okresy: od 03-11-2015 do 03-01-2016, od 06-02-2016 do 19-02-2016, od 05-03-2016 do 14-03-2016, od 31-03-2016 do 08-11-2016)

- odsetki 17.395,09zł z funduszu chorobowego.

W uzasadnieniu decyzji organ rentowy wskazał, iż na podstawie przedłożonej dokumentacji wypłacił K. N. z tytułu prowadzonej od dnia 1 marca 2014r. pozarolniczej działalności gospodarczej zasiłek macierzyński od 13 maja 2014r. do 11 maja 2015r., a następnie z zasiłek chorobowy za okresy: od 12 maja 2015r. do 3 września 2015r. (niezdolność do pracy powstała 8 maja 2015r.), od 3 listopada 2015 do 3 stycznia 2016, od 6 lutego 2016 do 19 lutego 2016, od 5 marca 2016 do 14 marca 2016, od 31 marca 2016 do 8 listopada 2016 oraz zasiłek opiekuńczy za okresy: od 4 września 2015 do 2 listopada 2015, od 4 stycznia 2016 do 15 stycznia 2016, od 18 stycznia 2016 do 30 stycznia 2016, od 1 lutego 2016 do 5 lutego 2016, od 20 lutego 2016 do 4 marca 2016, od 15 marca 2016 do 30 marca 2016r.

Wystąpienie o kolejny zasiłek chorobowy skłoniło Zakład do wszczęcia postępowania w przedmiocie prowadzenia przez K. N. deklarowanej działalności. Zgromadzony materiał dowodowy wskazywał zaś, że wnioskodawczyni całkowicie zaprzestała prowadzenia pozarolniczej działalności. Decyzją więc z 10 stycznia 2017r. stwierdzono, że z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej od 12.05.2015r. nie podlega ona obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym: emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Od powyższej decyzji złożyła ona odwołanie do Sądu. Sąd Apelacyjny wyrokiem z 16 stycznia 2018r. sygn. akt III AUa 630/17 oddalił apelację od wyroku Sądu Okręgowego w Suwałkach III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z 28 czerwca 2017r. sygn. akt III U 118/17, utrzymując decyzję w mocy.

W tych okolicznościach nie przysługują więc K. N. świadczenia pieniężne na podstawie ustawy z dnia 25 czerwca 1999r.

Jednakże z tytułu niezdolności do pracy powstałej 8 maja 2015r. (w trakcie podlegania ubezpieczeniom) przysługuje jej zasiłek chorobowy za okres od 12 maja 2015r. do 3 września 2015r., którego podstawę wymiaru ograniczono do kwoty wynoszącej 100% przeciętnego wynagrodzenia. I tak za okres od 12 maja do 31 maja 2015r. podstawa wynosi 3.942,67zł, za okres od 1 czerwca do 31 sierpnia 2015r.- 4.054,89zł. a za okres od 1 września do 3 września 2015r. - 3.854,88zł. Zatem zasiłek chorobowy wypłacony od zawyżonej podstawy za okres od 12 maja 2015r. do 3 września 2015r. oraz zasiłek chorobowy wypłacony od 3 listopada 2015r. do 3 stycznia 2016r., od 6 lutego 2016r. do 19 lutego 2016r., od 5 marca 2016r. do 14 marca 2016r., od 31 marca 2016r. do 8 listopada 2016r. oraz zasiłek opiekuńczy wypłacony od 4 września 2015r. do 2 listopada 2015r., od 4 stycznia 2016r. do 15 stycznia 2016r., od 18 stycznia 2016r. do 30 stycznia 2016r., od 1 lutego 2016r. do 5 lutego 2016r., od 20 lutego 2016r. do 4 marca 2016r., od 15 marca 2016r. do 30 marca 2016r. są świadczeniami nienależnie pobranymi i podlegają zwrotowi.

W odwołaniu od tej decyzji K. N. domagał się jej zmiany poprzez ustalenie, że nie jest zobowiązana do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego wraz z odsetkami w łącznej kwocie 130.779,36 zł oraz zasądzenia od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. na jej rzecz kosztów zastępstwa prawnego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu odwołania wskazała, iż skoro organ wypłacił świadczenia z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej od 1 marca 2014 r., to nie ma w tej chwili żadnych podstaw prawnych, by odmawiać prawa do tych świadczeń na podstawie tylko tego wskazania, iż od dnia 12 maja 2015r. z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej odwołująca się nie podlega obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym: emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Przy czym też doniosłe znaczenie ma ta okoliczność, iż organ dokonał wyłączenia z ubezpieczeń społecznych skarżącą od dnia 12 maja 2015r, decyzją z dnia 10 stycznia 2017r., a zatem w okresie gdy ubezpieczona już świadczenia otrzymała i nie była w okresie ich pobierania w żaden sposób pouczana o jakichkolwiek okolicznościach, które mogą spowodować, iż świadczenia będą uznane na pobrane nienależnie. Skoro też organ wypłacił te świadczenia na podstawie danych, które sam uznał za prawidłowe, to nie może tu także być mowy o tym, iż ubezpieczona działa z zamiarem wprowadzenia organu rentowego w błąd, a zatem że można jej przypisać jakąkolwiek winę. Nie ulega wątpliwości, że w niniejszej sprawie art. 66 ust. 2 ustawy zasiłkowej nie ma zastosowania, bowiem świadczenie nie zostało pobrane nienależnie z winy ubezpieczonej lub wskutek okoliczności, o których mowa w art. 15 - 17 i art. 59 ust. 6 i 7 tej ustawy. Zgromadzony materiał przez organ rentowy w niniejszej sprawie nie pozwala na stwierdzenie, iż wypłata zasiłku chorobowego nastąpiła na skutek świadomego zawinionego działania odwołującej się. Podstawowym warunkiem uznania, że wypłacone świadczenie podlega zwrotowi jest brak prawa do świadczenia oraz świadomość tego (zła wiara) osoby przyjmującej to świadczenie, płynąca ze stosownego pouczenia bądź wynikająca z określonych zachowań osoby pobierającej świadczenie. W przepisach prawa ubezpieczeniowego następuje połączenie obu tych elementów w samej definicji "świadczenia nienależnie pobranego", a więc w prawie ubezpieczeń społecznych "świadczenie nienależnie pobrane" to nie tylko "świadczenie nienależne" (obiektywnie 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). W realiach przedmiotowej sprawy ubezpieczona, nie została nigdy prawidłowo pouczona o braku prawa do pobierania zasiłku chorobowego z ubezpieczenia społecznego oraz zasiłku opiekuńczego we wskazanych wyżej okresach. Jak wynika z akt ubezpieczona nie otrzymała decyzji organu rentowego przyznającej jej zasiłek chorobowy wraz z pouczeniem. Przeciwnie odwołująca się została upewniona przez organ rentowy o prawidłowym zgłoszeniu do ubezpieczeń społecznych z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej od dnia 1 marca 2014r. Wobec prowadzonych wypłat zasiłków chorobowych oraz opiekuńczych rozumiała, że ma do nich prawo. Przede wszystkim na gruncie art. 84 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, zaistniała sytuacja nie ma żadnego uzasadnienia. Odwołująca się w okresach gdy otrzymywała świadczenia chorobowe nie miała świadomości, że w okresie późniejszym zostanie ustalone, iż nie miała do nich prawa. Przeciwnie, opłacała ona składki na ubezpieczenia społeczne zgodnie z obowiązującymi regulacjami, po czym po urodzeniu otrzymała wyliczony zasiłek macierzyński, a po nim zasiłek chorobowy. W okresach objętych decyzją odwołująca się pobierała zasiłek chorobowy i opiekuńczy nie mając świadomości, że w przyszłości jej historia ubezpieczenia ulegnie zmianie. Informacja dotycząca tej okoliczności powzięta została dopiero po otrzymaniu decyzji ZUS z dnia 10 stycznia 2017r. W związku z powyższym w ocenie skarżącej nie doszło do spełnienia przesłanek z art. 84 ust. 2 ustawy systemowej - w czasie pobierania świadczenia nie miała ona wiedzy o tym, iż świadczenie to jest nienależne. Dopiero po wydaniu wyroku przez Sąd Apelacyjny Białymstoku w dniu 16 stycznia 2018r. oddalającego apelację od wyroku Sądu Okręgowego w Suwałkach w sprawie III U 118/17 i po ponownym zweryfikowaniu konta ubezpieczeniowego organ wydał decyzję stwierdzającą spełnienie przesłanek z powołanego przepisu. Dlatego też, w ocenie strony odwołującej się nie zaistniały podstawy do uznania, iż kwota wypłacona tytułem zasiłku chorobowego i opiekuńczego podlega zwrotowi.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych w odpowiedzi na odwołanie domagał się jego oddalenia oraz zasądzenia od odwołującej kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Wskazał, iż na podstawie przedłożonej dokumentacji, wypłacił odwołującej z tytułu prowadzonej od dnia 1 marca 2014r. pozarolniczej działalności gospodarczej zasiłek macierzyński od 13 maja 2014r. do 11 maja 2015r., a następnie zasiłek chorobowy za okresy: od 12 maja 2015r. do 3 września 2015r. (niezdolność do pracy powstała 8 maja 2015r.), od 3 listopada 2015r. do 3

stycznia 2016r., od 6 lutego 2016r. do 19 lutego 2016r. , od 5 marca 2016r. do 14 marca 2016r., od 31 marca 2016r. do 8 listopada 2016r. oraz zasiłek opiekuńczy za okresy: od 4 września 2015r. do 2 listopada 2015r., od 4 stycznia 2016r. do 15 stycznia 2016r., od 18 stycznia 2016r. do 30 stycznia 2016r., od 1 lutego 2016r. do 5 lutego 2016r., od 20 lutego 2016r. do 4 marca 2016r., od 15 marca 2016r. do 30 marca 2016r.

Decyzją jednak z dnia 10 stycznia 2017r. stwierdził, iż z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej odwołująca od dnia 12.05.2015r. nie podlega obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym: emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Odwołanie od powyższej decyzji zostało oddalone przez Sąd Okręgowy w Suwałkach wyrokiem z dnia 28.06.2017 r. w sprawie sygn. akt: III U 118/17, a apelacja została oddalona wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 16.01.2018r.

Wyrokiem z dnia 18 października 2018 r. Sąd Rejonowy w Suwałkach oddalił odwołanie K. N. od decyzji z dnia 14 czerwca 2018r. i zasądził od niej na rzecz Zakładu kwotę 180 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Sąd Rejonowy ustalił, iż K. N. od dnia 01.03.2014r. rozpoczęła prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej w zakresie sprzedaży detalicznej prowadzonej poza siecią sklepową, straganami i targowiskami. Od 01.03.2014r. zgłosiła się do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych (emerytalnego, rentowych oraz wypadkowego) oraz dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. W okresie od 13.05.2014r. do 11.05.2015r. w związku z uprawnieniami do zasiłku macierzyńskiego, zgłosiła się wyłącznie do ubezpieczenia zdrowotnego.

Do naliczenia podstaw wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne deklarowała kwoty za: marzec – kwiecień 2014 – 9.365,00 zł miesięcznie, maj 2014 – 3.625,16 zł (za 12 dni), styczeń 2016 – 35,71 zł (od minimalnej obowiązującej podstawy wymiaru za 3 dni podlegania).

K. N. pobrała zasiłek macierzyński od 13 maja 2014r. do 11 maja 2015r. a następnie zasiłek chorobowy za okresy: od 12 maja 2015r. do 3 września 2015r. (niezdolność do pracy powstała 8 maja 2015r.), od 3 listopada 2015r. do 3 stycznia 2016r., od 6 lutego 2016r. do 19 lutego 2016r., od 5 marca 2016r. do 14 marca 2016r., od 31 marca 2016r. do 8 listopada 2016r. oraz zasiłek opiekuńczy za okresy: od 4 września 2015r. do 2 listopada 2015r., od 4 stycznia 2016r. do 15 stycznia 2016r., od 18 stycznia 2016r. do 30 stycznia 2016r., od 1 lutego 2016r. do 5 lutego 2016r., od 20 lutego 2016r. do 4 marca 2016r., od 15 marca 2016r. do 30 marca 2016r.

W związku z ubieganiem się o zasiłki chorobowe i opiekuńcze w spornych okresach, w dniach 14 maja 2016r., 9 października 2015r., 1 grudnia 2015r., 22 stycznia 2016r., 8 lutego 2016r., 26 lutego 2016r., 22 marca 2016r. K. N. składała do organu rentowego zaświadczenia płatnika składek na druku ZUS Z-3b potwierdzając objęcie jej ubezpieczeniem w razie choroby i macierzyństwa jako osoby wykonującej pozarolniczą działalność gospodarczą.

Wystąpienie o kolejny zasiłek chorobowy za okres od 09.11.2016r. do 19.01.2017r. spowodowało wszczęcie postępowania przez organ rentowy w przedmiocie prowadzenia przez nią deklarowanej działalności, albowiem zgromadzony materiał dowodowy wskazywał, że całkowicie zaprzestała prowadzenia pozarolniczej działalności. Zgromadzony w drodze czynności wyjaśniających materiał dowodowy wskazał, iż od dnia 18.07.2014r. całkowicie zaprzestała prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. Pomimo tego, w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego tj. od 13.05.2014r. do 11.05.2015r., w ewidencji działalności gospodarczej nie zgłosiła zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej, opłacając składki za ubezpieczenie zdrowotne. Ponadto, w pisemnym oświadczeniu z dnia 8.12.2016r. podała, iż w 2015r. i 2016r. nie prowadziła i nie prowadzi pozarolniczej działalności gospodarczej.

Sąd I instancji wskazał, iż prawomocną decyzją z 10 stycznia 2017r. organ rentowy stwierdził, że z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej od 12 maja 2015r. K. N. nie podlega obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym: emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

W okresie od 12.05.2015r. do 8.11.2016r. K. N. pobrała: zasiłek chorobowy w kwocie 12.423,34zł wypłacony za okres od 12-05-2015 do 03-09-2015 od zawyżonej podstawy wymiaru; zasiłek opiekuńczy w kwocie 25.860,00zł za

okresy: od 04-09-2015 do 02-11-2015, od 04-01-2016 do 15-01-2016, od 18-01-2016 do 30-01-2016, od 01-02-2016 do 05-02-2016, od 20-02-2016 do 04-03-2016, od 15-03-2016 do 30-03-2016 oraz zasiłek chorobowy w kwocie 75.100,93 zł za okresy: od 03-11-2015 do 03-01-2016, od 06-02-2016 do 19-02-2016, od 05-03-2016 do 14-03-2016, od 31-03-2016 do 08-11-2016).

Sąd I instancji dalej podniósł, iż świadczenia pieniężne na warunkach i w wysokości określonych ustawą, o świadczeniach z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa przysługują osobom objętym ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa określonym w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych (art. 1 ust. 1 ustawy o świadczeniach z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa). Zasiłek zaś chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego (art. 6 ust. 1 ustawy o świadczeniach z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa).

Podstawa wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego nie może być wyższa niż kwota wynosząca 100% przeciętnego wynagrodzenia. Kwotę tę ustala się miesięcznie, poczynając od 3-go miesiąca kwartału kalendarzowego, na okres 3 miesięcy, na podstawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z poprzedniego kwartału, ogłaszanego dla celów emerytalnych (art. 46 ustawy o świadczeniach z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa).

Zasiłek opiekuńczy przysługuje ubezpieczonemu zwolnionemu od wykonywania pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym dzieckiem w wieku do ukończenia 14 lat (art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa).

Ubezpieczenie chorobowe osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą jest ubezpieczeniem dobrowolnym, które powstaje na skutek wyrażenia przez uprawniony podmiot woli podlegania ubezpieczeniu ujawnionemu we wniosku o objęcie ubezpieczeniem przez mające charakter prawnokształtujący zgłoszenie się do ubezpieczenia. Objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku, nie wcześniej niż dzień jego złożenia (art. 14 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). Osoby fizyczne, które na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej prowadzą pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych mogą przystąpić do ubezpieczenia chorobowego, jeżeli z tytułu tej działalności objęte są obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi (por. art. 11 ust. 2 w związku z art. 6 ust. 1 pkt 5 i art. 8 ust. 6 pkt 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych), z jednym wyjątkiem; gdy prowadząc działalność, spełniają jednocześnie warunki do objęcia ich obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego. Stosownie do art. 9 ust. 1c ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, podlegają wtedy obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego.

W tych okolicznościach Sąd I instancji uznał, iż skoro bezsporne zostało prawomocnie stwierdzone, że K. N. nie podlegała obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym: emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej od 12.05.2015r., to organ rentowy prawidłowo uznał, iż z tytułu niezdolności do pracy powstałej 8 maja 2015r. (w trakcie podlegania ubezpieczeniom) przysługuje odwołującej zasiłek chorobowy za okres od 12 maja 2015r. do 3 września 2015r., którego podstawę wymiaru ograniczono do kwoty wynoszącej 100% przeciętnego wynagrodzenia (za okres od 12 maja do 31 maja 2015r. podstawa wynosi 3.942,67zł, za okres od 1 czerwca do 31 sierpnia 2015r.- 4.054,89zł. a za okres od 1 września do 3 września 2015r – 3.854,88zł). Zatem zasiłek chorobowy wypłacony od zawyżonej podstawy za okres od 12 maja 2015r. do 3 września 2015r. oraz zasiłek chorobowy wypłacony od 3 listopada 2015r. do 3 stycznia 2016r., od 6 lutego 2016r. do 19 lutego 2016r., od 5 marca 2016r. do 14 marca 2016r., od 31 marca 2016r. do 8 listopada 2016r. oraz zasiłek opiekuńczy wypłacony od 4 września 2015r. do 2 listopada 2015r., od 4 stycznia 2016r. do 15 stycznia 2016r., od 18 stycznia 2016r. do 30 stycznia 2016r., od 1 lutego 2016r. do 5 lutego 2016r., od 20 lutego 2016r. do 4 marca 2016r., od 15 marca 2016r. do 30 marca 2016r. są świadczeniami nienależnie pobranymi.

Łączna kwota nadpłaty (tj. 113.384,27 zł) oraz odsetek ustawowych i odsetek ustawowych za opóźnienie (tj. 17.395,09 zł) pod względem poprawności rachunkowej nie budziła zastrzeżeń stron niniejszego postępowania i wynika z dokumentacji rozliczeniowej organu rentowego.

Dalej Sąd uznał, iż na K. N. ciąży obowiązek zwrotu nadpłaconych kwot zasiłku chorobowego i zasiłku opiekuńczego wraz z odsetkami. Zgodnie bowiem z regułami prawa ubezpieczeń społecznych, do zwrotu należności z tytułu nienależnie pobranych świadczeń (art. 84 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych) zobowiązana jest osoba, która świadomie pobrała nienależne jej świadczenie:

1) wypłacone mimo zaistnienia okoliczności powodujących:

a) ustanie prawa do świadczeń,

b) wstrzymanie ich wypłaty w całości lub w części

– pouczenia o braku prawa do ich pobierania w tych okolicznościach;

2) przyznane lub wypłacone w wyniku świadomego wprowadzania w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę je pobierającą (w szczególności przez posłużenie się nieprawdziwymi zeznaniami lub fałszywymi dokumentami).

Sąd w związku z tym wskazał, że obowiązek zwrotu nienależnych świadczeń realizuje się więc wówczas, gdy organ ubezpieczeń społecznych wydał prawidłową decyzję, pouczając ubezpieczonego o okolicznościach powodujących ustanie lub zawieszenie prawa do świadczeń albo wstrzymanie wypłaty świadczeń w całości lub w części; okoliczności te wystąpiły, o czym ubezpieczona organu nie powiadomiła, a następnie wypłacone jej świadczenie pobrała.

W każdym z tych wypadków istnieje nastawienie osoby pobierającej świadczenia na uzyskanie świadczenia, które jej się nie należy (por. wyr. SN z 17.5.2001 r., II UKN 338/00). Takie nastawienie jest oczywiste w wypadku wyłudzenia świadczeń, ale występuje także wówczas, gdy ubezpieczony został pouczony o okolicznościach powodujących ustanie prawa lub wstrzymanie wypłaty świadczeń.

Prawo ubezpieczeń społecznych ogranicza zakres obowiązku zwrotu nienależnych świadczeń do przypadków pobrania ich nienależnie i w złej wierze. Wyraźnie został wyeksponowany czynnik świadomości pobierania świadczenia nienależnego (wyr. SN z 17.5.2001 r., II UKN 338/00), przy czym o istnieniu tego przesądza (domniemanie ustawowe) dokonanie pouczenia o okolicznościach ustania prawa do świadczeń albo wstrzymania ich wypłaty, bądź wynika stąd, że osoba ta sama spowodowała wypłatę nienależnych świadczeń swoim zawinionym działaniem.

Mając to na uwadze Sąd Rejonowy również dlatego nie podzielił stanowiska odwołującej się, które w toku procesu podkreślała, iż organ dokonał wyłączenia jej z ubezpieczeń społecznych od dnia 12 maja 2015r. decyzją z dnia 10 stycznia 2017r., a zatem w okresie gdy już świadczenia otrzymała i nie była w okresie ich pobierania w żaden sposób pouczana o jakichkolwiek okolicznościach, które mogą spowodować, iż świadczenia będą uznane na pobrane nienależnie. Skoro też organ wypłacił te świadczenia na podstawie danych, które sam uznał za prawidłowe, to nie może tu także być mowy o tym, iż ubezpieczona działała z zamiarem wprowadzenia organu rentowego w błąd, a zatem że można jej przypisać jakąkolwiek winę. Ubezpieczona w czasie pobierania świadczenia nie miała wiedzy o tym, iż świadczenie to jest nienależne. Odwołująca się, jak podniosła, nie wprowadziła świadomie, czy też celowo w błąd organu rentowego. Jej zdaniem, spełniła wszystkie przesłanki do wypłacenia jej zasiłku chorobowego, a w okresach wypłaty świadczeń nie miała świadomości, że nie będzie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu. Dopiero ponowna weryfikacja okresów podlegania ubezpieczeniom spowodowała, że świadczenia uznano za nienależnie pobrane. Brak jest zatem podstaw do przyjęcia, że wypłacone tytułem zasiłków kwoty w okresach objętych skarżoną decyzją mają podlegać zwrotowi.

W ocenie Sądu Rejonowego takie stanowisko należało poddać krytyce, ponieważ z akt rentowych wynika, że w związku z ubieganiem się o zasiłki chorobowe i opiekuńcze w spornych okresach, w dniach 14 maja 2016r., 9 października 2015r., 1 grudnia 2015r., 22 stycznia 2016r., 8 lutego 2016r., 26 lutego 2016r., 22 marca 2016r. K. N. składała w inspektoracie ZUS zaświadczenia płatnika składek na druku ZUS Z-3b potwierdzając objęcie jej ubezpieczeniem w razie choroby i macierzyństwa, jako osoby wykonującej pozarolniczą działalność gospodarczą.

Zaświadczenia te, w ocenie Sądu Rejonowego świadomie wprowadziły w błąd organ rentowy. Niewątpliwie bowiem odwołująca się była świadoma, że w 2015r. i 2016r. nie prowadziła i nie prowadzi pozarolniczej działalności gospodarczej, co zresztą później potwierdziła przed organem rentowym w pisemnym oświadczeniu z dnia 08.12.2016r. Zostało również potwierdzone, że nie wykazuje żadnej aktywności zawodowej w ramach zarejestrowanej działalności od 18.07.2014r. Zachowanie to wpisuje się zatem w wachlarz zdarzeń uzasadniających uznanie zawinionego, świadomego wprowadzenia w błąd organ rentowy.

Zalicza się do niego, w świetle orzecznictwa Sądu Najwyższego, bezpośrednie oświadczenie nieprawdy we wniosku o świadczenia, przemilczenie przez wnioskodawcę faktu mającego wpływ na prawo do świadczeń, złożenie wniosku w sytuacji oczywiście nieuzasadniającej powstanie prawa do świadczenia oraz okoliczność domniemanego współdziałania wnioskodawcy z innymi podmiotami we wprowadzeniu w błąd organu rentowego (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 stycznia 2011 r., II UK 194/10).

Sąd Rejonowy podkreślił, że druk ZUS Z-3b, który składała K. N., zawierał pouczenie, iż płatnik składek jest zobowiązany poinformować terenową jednostkę organizacyjną ZUS o okolicznościach mających wpływ na prawo i wysokość zasiłku, które uległy zmianie w stosunku do podanych w zaświadczeniu płatnika składek. Z obowiązku tego odwołująca się nie wywiązała się i ta okoliczność wskazuje na właściwe jej pouczenie odnośnie okoliczności mających wpływ na brak prawa do pobierania świadczenia. Ubezpieczona była więc świadoma konsekwencji i obowiązków informacyjnych wynikających z faktu wypłaty zasiłków - chorobowego i opiekuńczego.

Sąd Rejonowy zwrócił również uwagę, że w najnowszym orzecznictwie sądowym podkreślana jest istota mechanizmu w sprawie wypłaty zasiłku chorobowego tj. nie jest wydawana decyzja, nie jest możliwe pouczenie ubezpieczonego w tradycyjny sposób, czy np. poprzez wskazanie właściwych przepisów jak w pouczeniu do decyzji. Jednakże nawet ustalenie przez Sąd, że ubezpieczony pobierający zasiłek chorobowy nie był pouczony o braku prawa do tego świadczenia (art. 84 ust. 2 pkt 1), nie jest wystarczającą podstawą do stwierdzenia, że nie obciąża go obowiązek zwrotu pobranego zasiłku chorobowego, do którego utracił prawo wskutek wykonywania w okresie pobierania świadczenia pracy zarobkowej. Sąd powinien bowiem rozważyć, czy mimo nieziszczenia się określonej w art. 84 ust. 2 pkt 1 ustawy systemowej przesłanki zwrotu nienależnie pobranego świadczenia, zasiłek chorobowy został wypłacony na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzania w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia. W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 9 lutego 2017 r., II UK 699/15, niepublikowany, stwierdzono, że „błąd” wiąże się zawsze z pierwotną wadliwością rozstrzygnięcia organu rentowego lub odwoławczego, z etapem ustalania prawa do świadczeń, a jego istotną cechą konstrukcyjną, odróżniającą od innych uchybień organów rentowych lub odwoławczych, jest istnienie fałszywego wyobrażenia organu o stanie uprawnień wnioskodawcy, wywołanego na skutek świadomego zachowania osoby pobierającej świadczenie (por. uzasadnienie wyroku SN z dn. 26 lipca 2017 r. I UK 287/16). W ocenie Sądu I instancji, odwołująca bezpodstawnie obciąża organ rentowy odpowiedzialnością za zaistniałą sytuację stojąc na stanowisku, że skoro organ ten wypłacił świadczenia na podstawie danych, które sam uznał za prawidłowe, to nie może tu także być mowy o tym, iż ona sama działała z zamiarem wprowadzenia organu rentowego w błąd, a zatem że można jej przypisać jakąkolwiek winę.

W tym zakresie Sąd Rejonowy podkreślił, iż pierwotną przyczyną wypłaty spornych świadczeń był delikt wyłudzenia świadczeń przez ubezpieczoną, która świadomie wprowadziła w błąd Zakład Ubezpieczeń Społecznych, wiedząc, iż nie istnieje tytuł do objęcia jej ubezpieczeniem społecznym (co wykazała dopiero szczegółowa weryfikacja, której efektem było wydanie decyzji wyłączającej z ubezpieczeń społecznych). W prawie ubezpieczeń społecznych, w którym pojęcie nienależnego świadczenia obejmuje także delikt wyłudzenia świadczeń, obowiązek ich zwrotu - ograniczony

do wypadków, w których wzbogacony przyjął świadczenia w złej wierze, wiedząc, że mu się one nie należą - dotyczy osoby, która uzyskała świadczenia na podstawie nieprawdziwych zeznań lub dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd instytucji ubezpieczeniowej. „Błąd” wiąże się zawsze z pierwotną wadliwością rozstrzygnięć organu rentowego lub odwoławczego, z etapem ustalania prawa do świadczeń, a jego istotną cechą konstrukcyjną, odróżniającą od innych uchybień organów rentowych lub odwoławczych, jest istnienie fałszywego wyobrażenia organu o stanie uprawnień wnioskodawcy, wywołanego na skutek świadomego zachowania osoby pobierającej świadczenie (por. wyrok SN z dnia 09.02.2017r., II UK 699/15)

Sąd I instancji uznał zatem, że w okolicznościach rozpoznawanej sprawy na odwołującej się spoczywał obowiązek zwrotu nienależnie pobranych świadczeń – zasiłku chorobowego i opiekuńczego wraz z odsetkami i dlatego jej odwołanie zostało oddalone.

W przedmiocie kosztów procesu Sąd Rejonowy orzekł na zasadzie art. 98 § 1 kpc w zw. z art. 99 kpc. Ponieważ odwołująca się przegrała proces w całości, jest zobowiązana zwrócić organowi rentowemu koszty zastępstwa prawnego w wysokości ustalonej na podstawie § 9 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U. z 2015 r. poz. 1804 ze zm.) i tj. 180 zł.

Apelację od tego wyroku złożyła K. N. zaskarżając go w całości i zarzucając naruszenie:

I. przepisów prawa procesowego:

1. art. 233 kpc, poprzez przekroczenie zasady swobodnej (bo dowolnej) oceny dowodów, polegający na przyjęciu, że ubezpieczona była pouczona o okolicznościach, których wystąpienie w czasie pobierania świadczenia powoduje powstanie obowiązku jego zwrotu w sytuacji gdy ubezpieczona nie otrzymała żadnego pouczenia o konieczności zgłoszenia wątpliwości dotyczących prowadzenia działalności gospodarczej na zasiłku macierzyńskim oraz że nadpłata powstała z winy odwołującej się,

2. art. 227 i art. 232 kpc poprzez nierozpoznanie wniosku dowodowego w przedmiocie dopuszczenia dowodu z pełnych akt ubezpieczeniowych odwołującej się, zgłoszonego w odwołaniu w sytuacji, gdy były one powołane na istotne okoliczności sporne pomiędzy stronami, a akta zasiłkowe złożone przez organ rentowy są niepełne, o czym świadczy sposób numerowania kart, poprawianie nr kart, skreślanie nr,

II. przepisów prawa materialnego tj. art. 66 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz art. 84 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez brak zwolnienia wnioskodawczyni z obowiązku zwrotu zasiłku chorobowego i opiekuńczego wraz z odsetkami, podczas gdy żądana kwota nie stanowi nienależnie pobranego świadczenia.

Wskazując na powyższe domagała się zmiany zaskarżonego wyroku w całości oraz zmiany decyzji organu rentowego poprzez ustalenie, że nie jest zobowiązana do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego oraz zasiłku opiekuńczego wraz z odsetkami w łącznej kwocie 130.779,36 zł. Ewentualnie domagała się uchylenia zaskarżonego wyroku i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Rejonowemu w Suwałkach, zasądzenie od organu rentowego na jej rzecz kosztów zastępstwa prawnego za I i II instancję według norm przepisanych.

Skarżąca domagała się również zobowiązania ZUS Oddział w B. do przedstawienia pełnych akt ubezpieczeniowych odwołującej się na okoliczność ustalenia, że jej zachowaniu nie można przypisać winy.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja odwołującej się nie jest zasadna.

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. Sąd Okręgowy przyjął więc ustalenia faktyczne poczynione w pierwszej instancji za własne, w konsekwencji czego nie zachodzi potrzeba ich szczegółowego powtarzania (por. m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5.11.1998r., sygn. I PKN 339/98).

Rozpoznając sprawę Sąd I instancji nie naruszył również tak norm prawa materialnego, jak i zasad postępowania, które uzasadniałyby uwzględnienie wniosków apelacji. Zaskarżone rozstrzygnięcie jest trafne i tym samym nie ma podstaw do jego zmiany.

Podstawowym zarzutem apelującej było naruszenie przepisów postępowania, które w jej opinii miały wpływ na wynik sprawy. Jednak ocena dowodów przeprowadzona przez Sąd Rejonowy nie nosi cech dowolności, Sąd ten w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku obszernie i przekonująco przedstawił ocenę zgromadzonych w sprawie dowodów, jako odpowiadającą wymogom art. 233 kpc. Korzysta ona z ochrony tym przepisem przewidzianej i jest w pełni aprobowana przez Sąd Okręgowy.

Na wstępie należy podkreślić, iż na rozstrzygnięcie w niniejszej sprawie znaczący wpływ miał wyrok Sądu Okręgowego w Suwałkach w sprawie III U 118/17, którym prawomocnie utrzymano w mocy decyzję organu rentowego o wyłączeniu odwołującej z ubezpieczeń społecznych od dnia 12.05.2015r. z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej. Zgodnie ze wskazaną w art. 365 § 1 kpc zasadą prawomocności materialnej, orzeczenie prawomocne 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. Moc wiążąca orzeczenia merytorycznego oznacza, iż w kolejnym postępowaniu, w którym pojawiła się ta konkretna kwestia, nie podlega ona już ponownemu badaniu, innymi słowy - przesądzenie we wcześniejszym wyroku kwestii o charakterze prejudycjalnym oznacza, że w procesie późniejszym kwestia ta nie może być już w ogóle badana (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 12.05.2011r. sygn. I PK 193/10 i z dnia 12.07.2002r. sygn. V CKN 1110/00). O prejudycjalnej naturze prawomocnego wyroku dla innego postępowania można przy tym mówić nie tylko w przypadku, gdy w postępowaniu występują te same strony albo osoby objęte rozszerzoną prawomocnością orzeczenia, ale również wtedy, gdy pomiędzy prawomocnym orzeczeniem oraz toczącą się sprawą zachodzi szczególny związek polegający na tym, że prawomocne orzeczenie oddziałuje na rozstrzygnięcie toczącej się sprawy.

Wobec powyższego, należy uznać, że Sąd I instancji był związany ustaleniami faktycznymi i prawnymi Sądu Okręgowego w Suwałkach we wspomnianej sprawie o sygn. III U 118/17 w zakresie w jakim przesądzono w niej kwestię podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu jak i dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu odwołującej się z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej. Rozpoznając niniejszą sprawę Sąd I instancji słusznie zwrócił uwagę na fakt ustalenia braku podlegania przez skarżącą obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu i dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Konsekwencją powyższego, jest uznanie, że świadczenia pobrane przez odwołującą się w okresach wskazanych w decyzji, są świadczeniami nienależnymi. W tej sytuacji Sąd Okręgowy nie dostrzegł naruszenia - akcentowanego przez apelującą - prawa procesowego, skoro niezbędne do rozstrzygnięcia niniejszej sprawy ustalenia faktyczne zostały poczynione prawidłowo, a przeprowadzone rozważania prawne miały umocowanie w obowiązujących przepisach prawa materialnego.

Przechodząc do dalszych zarzutów apelacji, to w opinii Sądu II instancji nie można było upatrywać zaistniałej sytuacji, w jakiej znalazła się odwołująca się, w działaniach organu rentowego przyjmującego wpłacane przez nią składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, czy też sformułowaniach zawartych w pouczeniach, które są kierowane do wszystkich ubezpieczonych w ZUS.

Trudno uznać za prawidłowe i słuszne przerzucenie 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 III U 118/17.

W konsekwencji nie można organu rentowego obciążać ryzykiem w sytuacji, gdy strona nie podaje Zakładowi pełnej informacji o swoim rzeczywistym statusie. Sąd II instancji zgadza się ze stanowiskiem Sądu Najwyższego wyrażonym w wyroku z dnia 26.07.2017r. sygn. I UK 287/16 w którym wskazał, iż zakreśla się szeroko ramy zachowań kwalifikowanych jako świadome wprowadzenie w błąd organu rentowego lub odwoławczego. Zalicza się do nich bezpośrednio oświadczenie nieprawdy we wniosku o świadczenia, przemilczenie przez wnioskodawcę faktu mającego wpływ na prawo do świadczeń, złożenie wniosku w sytuacji oczywiście nieuzasadniającej powstania prawa do świadczenia. Organ rentowy może domagać się zwrotu nienależnie pobranego świadczenia wówczas, gdy ubezpieczonemu można przypisać złą wolę. Obowiązek zwrotu obciąża 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, jak też tej osoby, która uzyskała świadczenia na podstawie nieprawdziwych zeznań lub dokumentów, albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd instytucji ubezpieczeniowej.

Taka sytuacja miała miejsce w odniesieniu do odwołującej . Podnoszone przez apelującą zarzuty w zakresie sformułowań zawartych w pouczeniach do niej kierowanych czy wręcz braku właściwego pouczenia ze strony organu rentowego, były nietrafione. Sąd II instancji stoi bowiem na stanowisku, że bez względu na pouczenie czy też brak takiego ze strony organu rentowego, to podanie przez odwołującą się świadomie nieprawdziwej informacji, iż prowadzi działalność gospodarczą, gdy takiej w rzeczywistości nie prowadzi, przesądza o tym, że wypłacone świadczenia były nienależne i podlegają zwrotowi. Jak stanowi bowiem 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. Przepis ten nie wskazuje więc o konieczności pouczenia, jako warunku żądania zwrotu nienależnie pobranego świadczenia, jak w przypadku punktu 1 tego ustępu 2 artykułu 84 ustawy.

W ocenie więc Sądu Okręgowego Sąd Rejonowy, badając poprawność zaskarżonej decyzji, dokonał prawidłowej interpretacji przepisów. Rozumowanie Sądu I instancji było logiczne i spójne, a poczynione ustalenia znajdują odzwierciedlenie w zebranych materiale dowodowym i wysnute wnioski przez Sąd w pełni są poprawne i rzetelne.

W konsekwencji Sąd Okręgowy, na podstawie art. 385 kpc, oddalił apelację odwołującej się uznając, iż jest ona bezzasadną.

(...)/PW