

Sygn. akt X U 84/15

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 czerwca 2015 roku

Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi, X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w składzie:

Przewodniczący: SSR Katarzyna Brzezińska - Misztela

Protokolant: staż. S. K.

po rozpoznaniu w dniu 18 czerwca 2015 roku w Łodzi na rozprawie

sprawy **I. S.**

przeciwko **Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w T.**

z udziałem zainteresowanego **J. S.**

o zwrot świadczeń nienależnie wypłaconych

w związku z odwołaniem od decyzji z dnia 6 listopada 2014 roku nr sprawy (...)

**zmienia zaskarżoną decyzję w ten sposób, że stwierdza, że I. S. nie jest zobowiązana do zwrotu wypłaconych J. S. świadczenia rehabilitacyjnego i zasiłku chorobowego wraz z odsetkami w łącznej kwocie 15.546,05 zł (piętnaście tysięcy pięćset czterdzieści sześć złotych i pięć groszy).**

Sygn. akt X U 84/15

## UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 6 listopada 2014 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T. – Inspektorat w S. zobowiązał płatnika składek I. S. do zwrotu nienależnie wypłaconego J. S. świadczenia rehabilitacyjnego i zasiłku chorobowego wraz z odsetkami w łącznej kwocie 15.546,05 złotych. Na ustaloną kwotę złożyły się: należność główna w kwocie 10.433,11 złotych z funduszu chorobowego za okres od 4 sierpnia 2010 roku do 28 czerwca 2011 roku i odsetki naliczone na kwotę 5.112,94 złotych. Jako podstawę prawną rozstrzygnięcia organ rentowy wskazał art. 84 ust. 6 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych, wskazując, że zgodnie z tym przepisem, jeśli pobranie świadczeń zostało spowodowane przekazaniem przez płatnika składek lub inny podmiot nieprawdziwych danych mających wpływ na prawo do świadczeń lub ich wysokość, obowiązek zwrotu obciąża płatnika lub ten podmiot. Organ rentowy wskazał, że J. S. został zatrudniony przez I. S. od dnia 1 marca 2008 roku i z tego tytułu został zgłoszony przez płatnika składek jako pracownik do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, w tym ubezpieczenia chorobowego. W dniu 2 lipca 2010 roku J. S. stał się niezdolny do pracy z powodu choroby. Płatnik składek wypłacał mu wynagrodzenie za okres od dnia 2 lipca 2010 roku do dnia 3 sierpnia 2010 roku, natomiast dnia 4 sierpnia 2010 roku przekazał dokumenty pracownika w celu ustalenia i wypłaty najpierw zasiłku chorobowego, następnie świadczenia rehabilitacyjnego. Na podstawie przekazanej dokumentacji ZUS ustalił uprawnienia J. S. i wypłacił mu zasiłek chorobowy za okres od 4 sierpnia 2010 roku do 30 grudnia 2010 roku oraz świadczenie rehabilitacyjne za okres od dnia 31 grudnia 2010 do dnia 28 czerwca 2011 roku. Na skutek dokonanych przez płatnika korekt dokumentów ubezpieczeniowych począwszy od 1 marca 2008 roku J. S. został wyrejestrowany z ubezpieczeń społecznych jako pracownik, a został zgłoszony jako osoba współpracująca przy prowadzeniu działalności gospodarczej z I. S.. Organ rentowy wskazał, że J. S. nie został zgłoszony do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, a zatem niezdolność do pracy ubezpieczonego powstała w okresie, kiedy nie podlegał

on ubezpieczeniu chorobowemu. W związku z powyższym organ rentowy uznał, że świadczenia wypłacone mu z ubezpieczenia chorobowego zostały wypłacone nienależnie (decyzja k. 2 załączonych akt rentowych).

W odwołaniu od powyższej decyzji, złożonym w dniu 4 grudnia 2014 roku, I. S. wniosła o uchylenie zaskarżonej decyzji. W uzasadnieniu podniosła, że natychmiast po zasięgnięciu informacji, iż jej mąż - J. S. nie może pozostawać w ubezpieczeniu jako jej pracownik dokonała stosownych korekt ZUS, zgłaszając J. S. jako osobę współpracującą przy prowadzeniu działalności gospodarczej. J. S. został przez nią wyrejestrowany z ubezpieczeń jako pracownik, a zgłoszony do ubezpieczeń społecznych z tytułu współpracy, w tym do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, od dnia 1 marca 2008 roku. Stąd też twierdzenia organu rentowego jakoby J. S. nie został zgłoszony do ubezpieczenia chorobowego odwołująca oceniła jako nieprawdziwe. Wskazała nadto, że w dniu 13 lutego 2013 roku przesłała do ZUS druk dla osoby współpracującej oraz pismo o przywrócenie terminu płatności składek wraz z wnioskiem o przywrócenie ciągłości w podleganiu ubezpieczeniu chorobowemu. Odwołująca zaznaczyła, że w miarę swoich możliwości finansowych uregulowała część składek, jednakże na skutek przestoju w prowadzonej działalności nie była w stanie opłacić ich w całości (odwołanie k. 2).

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych wniósł o oddalenie odwołania, przytaczając argumentację jak uzasadnieniu zaskarżonej decyzji. Dodatkowo organ rentowy wskazał, że skoro J. S. w czasie orzeczonej niezdolności do pracy nie podlegał ubezpieczeniu chorobowemu, to wypłacone mu świadczenia w postaci zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego są świadczeniami nienależnie wypłaconymi, których obowiązek zwrotu obciąża płatnika składek (odpowiedź na odwołanie k. 11-12).

Na rozprawie wnioskodawczyni I. S. poparła odwołanie. Zainteresowany J. S. przyłączył się do stanowiska wnioskodawczyni (protokół rozprawy k. 35).

Organ rentowy w piśmie procesowym z dnia 27 maja 2015 roku podtrzymał stanowisko o oddaleniu odwołania (pismo procesowe organu rentowego k. 32).

Sąd Rejonowy ustalił co następuje:

Wnioskodawczyni I. S. i zainteresowany J. S. są małżeństwem. Prowadzenie działalności gospodarczej na własny rachunek wnioskodawczyni rozpoczęła 2008 roku, zlecając obsługę kadrowo - księgową firmie zewnętrznemu biurowi rachunkowemu (zeznania wnioskodawczyni k. 30, k. 30-v w zw. z k. 35-v).

Od dnia 1 marca 2008 roku wnioskodawczyni zgłosiła J. S. do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych jako pracownika, zatrudnionego w pełnym wymiarze czasu pracy za najniższym wynagrodzeniem (bezsporne; zaświadczenie płatnika składek k. 3-4 akt ZUS).

I. S. nie była świadoma, iż powinna była zgłosić męża do ubezpieczeń jako osobę współpracującą przy prowadzonej działalności. Wcześniej wnioskodawczyni nie miała doświadczenia w prowadzeniu działalności, ostatnio pracowała na etacie jako sprzedawca w sklepie. Zgłoszenie J. S. nastąpiło w ten sposób, że dokumenty dotyczące męża i zatrudnianych w tym czasie jeszcze trzech pracowników zaniósł do biura rachunkowego, a ono dokonało ich rejestracji (zeznania wnioskodawczyni k. 30-v w zw. z k. 35-v).

Od dnia 2 lipca 2010 roku J. S. stał się niezdolny do pracy. Za okres od 2 lipca 2010 roku do 3 sierpnia 2010 roku zainteresowanemu zostało wypłacone wynagrodzenie za czas choroby płacone przez płatnika. Za okres od 3 sierpnia 2010 roku I. S. wniosła o wypłatę świadczeń przez ZUS (zaświadczenie płatnika składek k. 3-4 akt ZUS; zeznania wnioskodawczyni k. 30-v w zw. z k. 35-v).

J. S. został wypłacony zasiłek chorobowy za okres od 4 sierpnia 2010 roku do 30 grudnia 2010 roku, a następnie świadczenie rehabilitacyjne za okres od dnia 31 grudnia 2010 do dnia 28 czerwca 2011 roku (bezsporne).

W związku ustaleniem uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego J. S. trzykrotnie stawał na badania przeprowadzone przez lekarza orzecznika ZUS (orzeczenie lekarza orzecznika k. 13, informacja o terminie badań k. 12, k. 11, k. 10-v akt ZUS; zeznania wnioskodawczynie k. 35-v).

Błąd w zgłoszeniu do ubezpieczeń wyszedł na jaw na początku 2013 roku, kiedy wnioskodawczynie chciała wyrejestrować męża z ubezpieczeń jako pracownika i zgłosić go do ubezpieczenia społecznego rolników. (zeznania wnioskodawczynie k. 30-v w zw. z k. 35-v).

W dniu 4 marca 2013 roku wnioskodawczynie, za pośrednictwem biura rachunkowego, dokonała wyrejestrowania J. S. z obowiązkowych ubezpieczeń społecznych jako pracownika począwszy od dnia 1 marca 2008 roku. W tej samej dacie od dnia 1 marca 2008 roku zgłosiła J. S. do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych jako osobę współpracującą (z kodem 05 11 00) i do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego (bezsporne; zgłoszenie do ubezpieczeń k. 4, informacja o wysyłce k. 3, zeznania wnioskodawczynie k. 30-v w zw. z k. 35-v).

Powstała zaległość w płatności składek obliczoną jako różnicę w wysokości składek należnych za pracownika i osobę współpracującą wnioskodawczynie opłaciła jedynie w części (zeznania wnioskodawczynie k. 30-v w zw. z k. 35-v).

Z podaniem o przywrócenie terminu płatności składek na ubezpieczenie chorobowe wystąpił J. S.. Otrzymał on zgodę na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie za miesiące od marca 2008 roku do grudnia 2008 roku (podanie k. 9, pismo procesowe organu rentowego k. 32).

Na dzień 22 maja 2015 roku I. S. zalegała z zapłatą składek:

- na FUS za okres: od stycznia 2009 roku do grudnia 2009 roku, od lutego 2010 roku do sierpnia 2010 roku, od lutego 2011 roku do grudnia 2012 roku, od maja 2013 roku do grudnia 2013 oraz od grudnia 2014 roku do kwietnia 2015 roku,

- na FUZ za okres: od marca 2008 roku do grudnia 2012 roku, od maja 2013 roku do grudnia 2013 roku oraz od grudnia 2014 roku do kwietnia 2015 roku,

- na FP za okresy: od lipca 2008 roku do września 2008 roku, od listopada 2008 roku do sierpnia 2010 roku, od czerwca 2011 roku do grudnia 2012 roku, od maja 2013 roku do grudnia 2013 roku oraz od grudnia 2014 roku do kwietnia 2015 roku.

(pismo procesowe organu rentowego k. 32) .

Powyższych ustaleń Sąd dokonał na podstawie niekwestionowanych przez strony dokumentów zawartych w aktach ZUS i załączonych do akt sprawy oraz zeznań odwołującej się.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Odwołanie jest zasadne i skutkuje zmianą zaskarżonej decyzji.

Na wstępie zaznaczenia wymaga, że okoliczności stanu faktycznego nie były przedmiotem sporu. W sprawie jest więc bezspornym, że w okresie od 4 sierpnia 2010 roku do 28 czerwca 2011 roku organ rentowy wypłacił J. S. nienależne świadczenia w postaci zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego, jako że ostatecznie niezdolność do pracy ubezpieczonego powstała w okresie, kiedy nie podlegał on dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba współpracująca przy prowadzeniu pozarolniczej działalności.

Sporna kwestia sprowadzała się do udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy płatnik - I. S. jest zobowiązana do zwrotu wypłaconych J. S. świadczeń wraz odsetkami, to jest łącznie kwoty 15.546,05 zł, jako świadczenia nienależnego w związku z przekazaniem przez płatnika składek nieprawdziwych danych mających wpływ na prawo do świadczenia.

Przypomnienia wymaga, że zgodnie z art. 84 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (tj. Dz. U. z 2015 r. poz. 121, z późn., zm.) 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.

W myśl ust. 2 art. 84 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.

Zgodnie zaś z ust. 6 art. 84 jeżeli pobranie nienależnych świadczeń zostało spowodowane przekazaniem przez płatnika składek lub inny podmiot nieprawdziwych danych mających wpływ na prawo do świadczeń lub na ich wysokość, obowiązek zwrotu tych świadczeń wraz z odsetkami, o których mowa w ust. 1, obciąża odpowiednio płatnika składek lub inny podmiot.

W judykaturze wyrażany jest pogląd, w myśl którego obowiązek zwrotu wypłaconych nienależnie świadczeń z ubezpieczeń społecznych obciąża płatnika składek tylko wówczas, gdy ich pobranie spowodowane zostało przekazaniem przez niego nieprawdziwych danych mających wpływ na prawo do świadczeń lub ich wysokość, a jednocześnie brak jest podstaw z art. 84 ust. 2 ustawy systemowej do żądania takiego zwrotu od osoby, której świadczenia te faktycznie wypłacono (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 3 października 2000 r., II UKN 1/00, OSNAPiUS 2002 nr 9, poz. 218; z dnia 10 czerwca 2008 r., I UK 376/07, OSNP 2009 nr 21 – 22, poz. 295; z dnia 17 stycznia 2012 r., I UK 194/11, LEX nr 1227962; z dnia 6 sierpnia 2013 r., II UK 11/13, OSNP 2014 nr 5, poz. 72).

Hipotezą komentowanej normy prawnej objęte są sytuacje przekazywania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych przez płatnika składek danych mających wpływ na podjęcie przez organ rentowy decyzji o przyznaniu ubezpieczonemu prawa do świadczeń z ubezpieczeń społecznych i ich wysokości, jeśli dane te okażą się nieprawdziwe (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 4 sierpnia 2009 r., I UK 77/09, opubl. L.; z dnia 3 października 2000 r., II UKN 1/00, OSNAPiUS 2002 nr 9, poz. 218). Zauważyć należy, że ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych nie definiuje co rozumie pod pojęciem "danych nieprawdziwych". Wskazówkę jak rozumieć tak użyte sformułowanie należy zdaniem sądu szukać w orzecznictwie wypracowanym na gruncie ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych z dnia 30 października 2002 r. (tj. Dz.U. z 2009 r., Nr 167, poz. 1322, z późn. zm.), a konkretnie art. 34 i art. 35 tej ustawy, w których to przepisach ustawodawca dokonał rozróżnienia danych nieprawdziwych od danych nieprawidłowych. Wypada w tym miejscu zauważyć, że orzecznictwo Sądu Najwyższego (por. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy, (...) i Spraw Publicznych z dnia 6 września 2012 r. sygn. II UK 39/12, MoPr 2013 nr 1, str. 49, Legalis Numer 550518), ale i sądów powszechnych (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 19 września 2013 r. sygn. III AUa 109/13, opubl. Legalis Numer 744176), nie pozostawia wątpliwości przede wszystkim co do tego, że zakresowo czym innym są "dane nieprawidłowe", a czym innym "dane nieprawdziwe". Nieobojętny jest więc, zdaniem Sądu Najwyższego, element winy w zachowaniu płatnika, zwłaszcza kierunkowej co do wprowadzenia w błąd przez podanie danych nieprawdziwych. W wyroku z dnia 6 września 2012 r. sygn. II UK 39/12 Sąd Najwyższy zauważył, że już tylko słownikowo (semantycznie) przymiotnik „nieprawidłowy” oznacza: nie taki, jaki powinien być, niezgodny z ustalonymi przepisami, normami, prawidłami, a tymczasem słowo „nieprawdziwy” oznacza: stan niezgodny z prawdą, z rzeczywistością, ze stanem faktycznym, kłamliwy, zmyślony, nierzeczywisty.

W ocenie Sądu Rejonowego w stanie faktycznym rozpoznawanej sprawy brak jest podstaw do żądania zwrotu od I. S. zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego wypłaconych J. S., gdyż do ich wypłaty nie doszło nie wskutek przekazania przez płatnika składek nieprawdziwych informacji, lecz na skutek wadliwie dokonanego zgłoszenia do ubezpieczeń spowodowanego niewłaściwą oceną faktów. Nie było tym samym podstaw do zastosowania art. 84 ust. 6 ustawy systemowej, skoro nie ma podstaw do uznania, że przedstawione przez płatnika dane były nieprawdziwe, przez niego zmyślane. Nie ma przy tym także podstaw do uznania, że wypłata świadczeń z ubezpieczenia chorobowego

J. S., na skutek zgłoszenia do ubezpieczeń pod wadliwym tytułem, nastąpiła w efekcie świadomego wprowadzenia organu rentowego w błąd.

Zastosowaniu art. 84 ust. 6 sprzeciwia się także fakt, że nieprawidłowe objęcie ubezpieczeniem pracowniczym J. S. nastąpiło w marcu 2008 roku. Objęty ubezpieczeniem pracowniczym J. S. był więc przez blisko 5 lat, a należne składki z tego tytułu były przez płatnika odprowadzane. Przez cały ten okres organ rentowy nigdy nie sygnalizował wadliwego zgłoszenia, także wtedy gdy ubezpieczony kilkakrotnie stawał przed nim ubiegając się o wypłatę świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. Ujść w tym miejscu uwadze nie może wynikający z art. 7 k.p.a. i ciążyący również na organie rentowym obowiązek podejmowania wszelkich czynności niezbędnych do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego oraz do załatwienia sprawy, przy uwzględnieniu interesu społecznego i słusznego interesu obywateli. Rozpoznając zatem wniosek o przyznanie świadczenia organ rentowy powinien był rozważyć, czy do wniosku dołączono wszystkie niezbędne dokumenty, a zawarte w tych dokumentach dane wystarczają do podjęcia decyzji w kwestii prawa ubezpieczonego do dochodzonego świadczenia i jego wysokości. Jeśli nie - powinien zażądać dostarczenia brakujących dokumentów i wyjaśnić wątpliwości wynikające z analizy zawartych w nich informacji. W konsekwencji za dominujący w orzecznictwie należy uznać słuszny pogląd, zgodnie z którym organ rentowy odpowiedzialny za wypłatę świadczeń z ubezpieczeń społecznych nie jest zwolniony z dokładnego, merytorycznego zbadania kierowanej do niego dokumentacji. Jeśli więc pobranie nienależnych świadczeń spowodowane było nie tylko błędem pracodawcy, ale i organu rentowego, nie można żądać od płatnika składek zwrotu tychże świadczeń (por. wyroki Sądów Apelacyjnych: w K. z dnia 9 grudnia 2008 r., sygn. III AUA 1227/08, opubl. Legalis numer 187291, w P. z dnia 23 lipca 2009 r., III AUA 448/09, opubl. Legalis Numer 237777, w B. z dnia 14 maja 2013 r., III AUA 1131/12, opubl. Legalis numer 740110, w L. z dnia 28 maja 2014 r., III AUA 294/14, opubl. Legalis numer 992693; a także wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 lutego 2015 r. II UK 127/14, opubl. L., numer (...)).

Z tych wszystkich względów należało w przekonaniu Sądu przyjąć, że wnioskodawczyni nie ma obowiązku zwrotu świadczeń pobranych przez J. S. w spornym okresie. W myśl powyższych zasad zaskarżoną decyzję należało zatem na podstawie art. 477<sup>14</sup> § 2 k.p.c. zmienić i orzec jak w sentencji wyroku.