

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 24 stycznia 2020 roku Sąd Rejonowy dla Łodzi Śródmieścia w Łodzi X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych umorzył postępowanie z odwołania od decyzji z dnia 21 maja 2019 roku nr sprawy (...) oraz oddalił odwołanie o zasiłek chorobowy, zobowiązanie do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego A. G. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. z dnia 4 lipca 2019 r. nr sprawy (...)

Powyższe orzeczenie zapadło w oparciu o następujące ustalenia faktyczne.

A. G. w dniu 4 stycznia 1999 r. rozpoczął działalność gospodarczą. Z powyższego tytułu podlegał obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym a od 1 lutego 2013 r.

Wnioskodawca był niezdolny do pracy m.in. w następujących okresach:

- od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia 29 lutego 2016 roku;
- od dnia 7 września 2016 roku do dnia 7 marca 2017 roku;
- od dnia 16 czerwca 2017 roku do dnia 14 grudnia 2017 roku;
- od dnia 21 grudnia 2018 roku do dnia 8 lutego 2019 roku;
- od dnia 27 lutego 2019 roku do dnia 27 marca 2019 roku.

Z tego tytułu w okresie od 1 marca 2016 roku do 20 maja 2019 roku organ rentowy wypłacił ubezpieczonemu zasiłki chorobowe w łącznej kwocie 24 577,14 złotych.

Decyzją z dnia 21 maja 2019 roku nr (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. odmówił A. G. prawa do zasiłku chorobowego za okresy: od dnia 7 września 2016 roku do dnia 7 marca 2017 roku, od dnia 16 czerwca 2017 roku do dnia 14 grudnia 2017 roku, od dnia 21 grudnia 2018 roku do dnia 8 lutego 2019 roku, od dnia 27 lutego 2019 roku do dnia 27 marca 2019 roku i od dnia 10 kwietnia 2019 roku do dnia 19 kwietnia 2019 roku oraz zobowiązał wnioskodawcę do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego z funduszu chorobowego za okresy: od dnia 7 września 2016 roku do dnia 7 marca 2017 roku, od dnia 16 czerwca 2017 roku do dnia 14 grudnia 2017 roku, od dnia 21 grudnia 2018 roku do dnia 8 lutego 2019 roku, od dnia 27 lutego 2019 roku do dnia 27 marca 2019 roku w kwocie 24.577,14 wraz z odsetkami. Organ rentowy swoje stanowisko uzasadnił tym, że w okresach wskazanych w decyzji ubezpieczony pobrał świadczenia z tytułu zasiłku chorobowego, mimo że nie podlegał w tym czasie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Na poparcie ostatniej z okoliczności organ rentowy wskazał, że zgodnie z decyzją nr (...) z dnia 10 maja 2019 roku wnioskodawca nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 1 marca 2016 roku. W związku z tym, świadczenia pobrane w wyżej wymienionych okresach były świadczeniami nienależnymi z powodu braku prawa do zasiłku chorobowego w tych okresach.

Decyzją z dnia 4 lipca 2019 roku nr (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. uchylił decyzję z dnia 21 maja 2019 roku, a nadto odmówił wnioskodawcy prawa do zasiłku chorobowego za okresy: od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia 29 lutego 2016 roku, od dnia 7 września 2016 roku do dnia 7 marca 2017 roku, od dnia 16 czerwca 2017 roku do dnia 14 grudnia 2017 roku, od dnia 21 grudnia 2018 roku do dnia 8 lutego 2019 roku, od dnia 27 lutego 2019 roku do dnia 27 marca 2019 roku oraz od dnia 10 kwietnia 2019 roku do dnia 19 kwietnia 2019 roku, stwierdził przedawnienie w zakresie nienależnie pobranego zasiłku chorobowego z funduszu chorobowego za okres od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia 29 lutego 2016 roku, a ponadto zobowiązał A. G. do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego z funduszu chorobowego za okresy: od dnia 7 września 2016 roku do dnia 7 marca 2017 roku, od dnia 16 czerwca 2017 roku do dnia 14 grudnia 2017 roku, od dnia 21 grudnia 2018 roku do dnia 8 lutego 2019 roku, od dnia 27 lutego 2019 roku do dnia 27 marca 2019 roku wraz z odsetkami. Organ rentowy

podniósł, iż decyzją nr (...) z dnia 21 czerwca 2019 roku stwierdzono, że z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej wnioskodawca podlega od dnia 1 marca 2016 roku dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, zatem decyzja z dnia 21 maja 2019 roku stała się bezzasadna. Organ rentowy na poparcie nowej decyzji o odmowie prawa do zasiłku chorobowego wskazał, że wnioskodawca, mimo orzeczonych niezdolności do pracy, w latach 2016-2019 czynnie prowadził jednoosobową działalność gospodarczą, osiągając przychód z jej prowadzenia i ponosząc koszty jej prowadzenia, co potwierdzają księgi przychodów i rozchodów za poszczególne lata. Organ rentowy kwestionował prawidłowość wykorzystywania zwolnień lekarskich przez wnioskodawcę od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia 29 lutego 2016 roku, od dnia 7 września 2016 roku do dnia 7 marca 2017 roku, od dnia 16 czerwca 2017 roku do dnia 14 grudnia 2017 roku, od dnia 21 grudnia 2018 roku do dnia 8 lutego 2019 roku, od dnia 27 lutego 2019 roku do dnia 27 marca 2019 roku oraz od dnia 10 kwietnia 2019 roku do dnia 19 kwietnia 2019 roku i stwierdził, iż A. G. wykonując pracę zarobkową i wykorzystując zwolnienie lekarskie niezgodnie z jego celem utracił prawo do zasiłku chorobowego za wskazane wyżej okresy. Niezależnie od powyższego, organ rentowy ustalił, że od 1 kwietnia 2018 roku wnioskodawca został wyrejestrowany z ubezpieczenia chorobowego, przy czym działalność gospodarcza trwa, zatem od podanej daty A. G. nie podlega ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej. Wobec tego, zasiłek chorobowy za okresy niezdolności do pracy powstałe po wyłączeniu z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego tj. za okresy od dnia 21 grudnia 2018 roku do dnia 8 lutego 2019 roku, od dnia 27 lutego 2019 roku do dnia 27 marca 2019 roku oraz od dnia 10 kwietnia 2019 roku do dnia 19 kwietnia 2019 roku nie przysługuje wnioskodawcy z powodu niepodlegania ubezpieczeniu.

Pismem procesowym złożonym w dniu 2 sierpnia 2019 roku, pełnomocnik wnioskodawcy wyniósł o umorzenie postępowania w sprawie z odwołania od decyzji z dnia 21 maja 2019 roku z uwagi na uchylenie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych owej decyzji decyzją z dnia 4 lipca 2019 roku.

W dniu 14 sierpnia 2019 roku wnioskodawca, reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika, złożył odwołanie od decyzji z dnia 4 lipca 2019 roku, wnosząc o uchylenie lub zmianę decyzji oraz zasądzenie na rzecz ubezpieczonego zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W uzasadnieniu przyznano, że ubezpieczony w okresach objętych decyzją uzyskiwał przychód z prowadzonej działalności, ale podkreślono, że pochodził on z jednego źródła - prowizji naliczanej i wypłacanej ubezpieczonemu bez jego czynnego udziału, za wyjątkiem comiesięcznego wystawienia faktury na rzecz W. K., z którym ubezpieczony związany był umową agencyjno-prowizyjną. Pełnomocnik ubezpieczonego powołał się na orzecznictwo Sądu Najwyższego, z którego wynika, że pracy zarobkowej nie stanowi uzyskiwanie dochodów w trakcie korzystania ze zwolnienia lekarskiego, jeżeli nie jest to połączone z osobistym świadczeniem pracy. Podkreślił, że w judykaturze podpisywanie faktur nie jest uznawane za działalność zarobkową. Wskazał również, że pełnomocnikiem w jednoosobowej działalności gospodarczej powoda jest U. G., która w okresie niedyspozycji chorobowej A. G. mogła dokonywać czynności w jego imieniu.

A. G. około 18 lat temu nawiązał współpracę z W. K.. Wnioskodawca został przedstawicielem handlowym prowadzonej przez W. K. hurtowni kosmetyków w oparciu o umowę prowizyjną. Do jego zadań należało pozyskiwanie klientów, którymi są sklepy kosmetyczne, drogerie i kioski oraz wdrażanie do sprzedaży produktów oferowanych przez W. K.. A. G. przyjmował zamówienia i współpracował ze stałymi klientami. Od zamówień składanych przez klientów przypisanych na stałe do wnioskodawcy, wnioskodawca otrzymywał prowizję. Ubezpieczony zawierał umowy ustne z klientami i przekazywał kontakt do W. K. lub sam zajmował się obsługą klientów. Do jego zadań nie należała dostawa produktów.

Wnioskodawca w ramach prowadzonej działalności gospodarczej miał sporadyczny osobisty kontakt z W. K.. W ramach współpracy porozumiewali się telefonicznie lub e-mailowo. W przypadku nieobecności wnioskodawcy, system sprzedaży nadal funkcjonował, a klienci mieli możliwość składania zamówień za pośrednictwem biura W. K. lub przedstawicieli handlowych zatrudnianych przez producentów kosmetyków.

Matka ubezpieczonego U. G. w okresie objętym zaskarżoną decyzją mieszkała poza Ł.. W czasie chorób W. K. przyjeżdżała do jego mieszkania i opiekowała się nim.

W każdym miesiącu, również w okresach niezdolności do pracy objętych zaskarżoną decyzją, na podstawie obrotu, wyliczana była prowizja w kwocie odpowiadającej od 4% do 9% obrotu. Jej wysokość W. K. przekazywał A. G. w każdym miesiącu telefonicznie, e-mailowo lub poprzez wiadomości SMS.

Na podstawie przekazanych danych o wysokości prowizji A. G. wystawiał w ostatnim dniu każdego miesiąca fakturę. Zazwyczaj dostarczał ją do W. K. osobiście.

Faktury wystawione przez A. G. co miesiąc przekazywane były do M. K., księgowej, z którą współpracował. Ona prowadziła jego księgę przychodów i rozchodów. Wykazane w niej wydatki obejmują m.in. faktury za rozmowy telefoniczne, paliwo, materiały biurowe, naprawy samochodu firmowego i jego okresowe przeglądy. Faktury obejmujące wydatki były przekazywane do M. K. celem zaksięgowania. Comiesięczne deklaracje VAT-7 księgowa składała do Urzędu Skarbowego drogą elektroniczną.

Wysokość przychodów w latach 2016 – 2019 z tytułu prowadzenia przez wnioskodawcę działalności gospodarczej utrzymywała się na podobnym poziomie (ok. 5 000 zł) bez względu na to, czy w danym miesiącu ubezpieczony był zdolny czy niezdolny do pracy. Wydatki w każdym miesiącu, który obejmowała zaskarżona decyzja, opiewały na kwoty nie niższe niż 1.000 zł, a w niektórych miesiącach niezdolności do pracy przekraczały kwoty 5.000 zł miesięcznie (np. październik 2016 roku i styczeń 2018 roku).

Z dniem 1 kwietnia 2018 roku ubezpieczony został wyrejestrowany z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Ponownie przystąpił do niego, na swój wniosek, od dnia 23 sierpnia 2018 roku.

Powyższy stan faktyczny Sąd I instancji ustalił na podstawie dokumentów zawartych w aktach sprawy m.in. faktur oraz księgi przychodów i rozchodów oraz aktach organu rentowego, których wiarygodność nie była kwestionowana przez żadną ze stron.

Ustalając w sprawie stan faktyczny Sąd Rejonowy częściowo oparł się na zeznaniach świadków. Sąd I instancji nie dał wiary zeznaniom w zakresie, w którym A. G. kwestionował swoje zaangażowanie w prowadzenie działalności gospodarczej.

Sąd Rejonowy wskazał, że ubezpieczony, zaprzeczał by kiedykolwiek zawoził faktury W. K. w okresach niezdolności do pracy, natomiast twierdził, że przekazywał je za pośrednictwem innych osób m.in. mamy ubezpieczonego albo pocztą. Sąd Rejonowy zwrócił uwagę, że matka ubezpieczonego, w swoich zeznaniach jednoznacznie zaprzeczyła, by kiedykolwiek widziała W. K.. Jej czynności ograniczały się jedynie do zawożenia dokumentów syna do Urzędu Skarbowego i wysyłania zwolnień do ZUS.

Następnie Sąd Rejonowy uznał, za wątpliwe zeznania A. G. odnoszące się do charakteru wydatków wskazywanych w księdze przychodów i rozchodów. Ubezpieczony zmieniał wersję co do kategorii wydatków, które były dokumentowane w księdze rozchodów i przychodów. Począwszy od wskazania, że były to rachunki telefoniczne po faktury, które miała pobierać mama ubezpieczonego za paliwo, przy czym nie posiada ona prawa jazdy, a samochód prowadził zwykle jej przyjaciel. On też miał wstawiać samochód do warsztatu, przy czym od 2015 roku samochód ten miał być źródłem regularnych, comiesięcznych, wydatków związanych z usuwaniem trapiących go usterek. Pomijając znikomą wiarygodność zeznań Ubezpieczonego, w opinii Sądu Rejonowego wykorzystywanie samochodu przeznaczonego dla potrzeb prowadzonej działalności gospodarczej w miesiącach pobierania zasiłków chorobowych przemawia na niekorzyść ubezpieczonego, który zaprzeczał wykonywaniu pracy zarobkowej w okresie niezdolności do pracy.

Sąd I Instancji odmówił wiarygodności zeznaniom ubezpieczonego, w których wskazywał, że w wielu czynnościach dotyczących prowadzenia działalności gospodarczej wyręczała go matka. Sąd Rejonowy argumentował to faktem, że U. G. nigdy nie spotkała jedyne go kontrahenta ubezpieczonego – W. K., więc czynności, o których mówił ubezpieczony ze swej istoty nie mogły dotyczyć bieżących spraw związanych z działalnością gospodarczą. Sąd Rejonowy wskazał, że U. G. została ustanowiona jako pełnomocnik przedsiębiorcy wpisany do (...), więc mogła reprezentować ubezpieczonego w szerokim zakresie. Zdaniem Sądu Rejonowego nie było przeszkód by to mama ubezpieczonego w okresach

niezdolności do pracy, kontaktowała się z W. K. a ponadto wystawiała na jego rzecz faktury w imieniu A. G.. Sąd Rejonowy uznał, że okoliczności sprawy dowodzą jednak, że nie robiła tego, ponieważ nie była zaangażowana w prowadzenie działalności gospodarczej ubezpieczonego.

Następnie Sąd Rejonowy umorzył postępowanie w zakresie zaskarżonej decyzji z dn. 21 maja 2019 r. nr (...) zgodnie z art. 355 k.p.c., gdyż została ona uchylona w trybie autokontroli zgodnie z art. 83 ust. 6 o systemie ubezpieczeń społecznych z dn. 13 października 1998 r. przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych decyzją z dn. 4 lipca 2019 r., wobec tego brak było substratu zaskarżenia w postaci decyzji organu rentowego. Sąd Rejonowy zważył, że skoro organ rentowy wbrew wyraźnej dyspozycji przytoczonego przepisu nadał bieg odwołaniu, Sąd musiał ograniczyć się jedynie do formalnego orzeczenia w postaci umorzenia postępowania zainicjowanego odwołaniem, które oceniając je na datę wniesienia - było dopuszczalne i wniesione w ustawowym terminie.

Sąd Rejonowy w zasadniczej części zajął się rozstrzygnięciem odwołania od decyzji z dn. 4 lipca 2019 r. Podstawę prawną decyzji stanowił art. 17 ust. 1, w myśl którego - ubezpieczony wykonujący w okresie orzeczonej niezdolności do pracy pracę zarobkową lub wykorzystujący zwolnienie od pracy w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia traci prawo do zasiłku chorobowego za cały okres tego zwolnienia. Powołując się na orzecznictwo Sądu Najwyższego, Sąd Rejonowy wskazał, że w świetle tej regulacji, powinna zostać dokonana ocena zasadności obu stron procesu na gruncie ustalonego stanu faktycznego. Sąd Rejonowy zważył, że ze względu na fakt, że w dyspozycji przepisu ustawodawca posługuje się pojęciami nieostrymi, niezdefiniowanymi w danym akcie prawnym i odsyłającymi do kategorii pozaprawnych, kluczowe jest dokonanie jego wykładni. Ponadto, zważył, że przepisy prawa ubezpieczeń społecznych ze względu na swój bezwzględnie obowiązujący charakter i publicznoprawny rodowód, podlegają wykładni ścisłej, bez możliwości sięgania do analogu lub klauzul współżycia społecznego.

W dalszej części Sąd Rejonowy dokonał wykładni językowej w/w przepisu tj. posługując się Słownikiem języka polskiego PWN zdefiniował pojęcie „praca” jako „celową działalność człowieka zmierzająca do wytworzenia określonych dóbr materialnych i kulturalnych”. Następnie Sąd Rejonowy wyjaśnił pojęcie działalności jako „zespół czynności, działań, akcji podejmowanych w jakimś celu, kierunku, zakresie”. Desygnatami tego pojęcia nie są zatem ani czynności pojedyncze, ani nawet powtarzalne, o ile są podejmowane ad hoc. Nie stanowią one bowiem jakiegokolwiek zespołu, brak im integralności, wzajemnego powiązania. Nie mniej istotne, z semantycznego punktu widzenia, jest również to, że z pojęciem „działalność” nierozzerwanie związany jest z góry określony kierunek, w którym owa aktywność zmierza. W rozpatrywanym przypadku cel działalności został zdefiniowany przez samego ustawodawcę – jest nim zarobek rozumiany jako osiągnięcie dochodów. Oczywiście nie każda działalność podejmowana w określonym celu musi prowadzić do jego osiągnięcia. Wobec tego za pracę zarobkową uznany może zostać również taki zespół czynności, w wyniku którego jego podmiot faktycznie nie osiągnie zarobku, o ile aktywności tej towarzyszyć będzie intencja ukierunkowana na czerpanie majątkowych korzyści. Definicji tej nie będzie natomiast odpowiadał stan uzyskiwania dochodu bez podejmowania przez określoną osobę zorganizowanych czynności stanowiących jego źródło. Odmienne wnioski przeczyłyby zasadzie racjonalnego ustawodawcy, który chcąc objąć omawianą normą prawną również tego rodzaju sytuacje faktyczne, winien posłużyć się pojęciem „uzyskiwanie zarobku”, a nie „wykonywanie pracy zarobkowej”.

Sąd Rejonowy podniósł, że powyższa wykładnia językowa „pracy zarobkowej” jest zgodna z tym co przyjął w swojej doktrynie i orzecznictwie Sąd Najwyższy. Sąd Najwyższy prezentuje pogląd, że nie dochodzi do utraty prawa do zasiłku chorobowego w razie podjęcia incydentalnej i wymuszonej okolicznościami aktywności zmierzającej do osiągnięcia zarobku w czasie pobierania tego zasiłku”. Teza Sądu Najwyższego kładzie nacisk na wymiar temporalny aktywności (wyłączając poza zakres pojęcia „praca zarobkowa” aktywności sporadyczne i nieregularne), ale akcentuje też aspekt, który mógłby zostać pominięty przy ścisłym stosowaniu wykładni językowej analizowanego przepisu. Mianowicie Sąd Najwyższy wskazuje, że działalność, która nie prowadzi do utraty prawa do zasiłku chorobowego w świetle art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej, musi być wymuszona okolicznościami. W odniesieniu do tej przesłanki Sąd Najwyższy w przytoczonych orzeczeniach skupiał się na ocenie, czy określona czynność miała istotne znaczenie dla osób innych

niż ubezpieczony (np. stanowiła realizację celu społecznego) oraz czy istniały inne osoby, które mogły jej dokonać w zastępstwie ubezpieczonego.

Sąd I Instancji uznał, że zgromadzony materiał dowodowy potwierdził ocenę organu rentowego, leżącą u podstaw zaskarżonej decyzji, iż wnioskodawca w okresach objętych decyzją wykonywał pracę zarobkową w rozumieniu art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej. Sąd Rejonowy stwierdził, że ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego wynika, że ubezpieczony regularnie – w każdym miesiącu kalendarzowym – wystawiał faktury na rzecz swojego zasadniczego kontrahenta - W. K.. Czynności te nie sprowadzały się przy tym do technicznego nanoszenia podpisów ubezpieczonego na dokumentach. Wprost przeciwnie - A. G. nie tylko podpisywał faktury, ale osobiście je wystawiał, wypełniając odręcznie formularze faktur i przedstawiając je do zaksięgowania. Informacje o wysokości kwoty prowizji, na którą miała opiewać dana faktura, uzyskiwał od przedstawicieli W. K. drogą telefoniczną lub poprzez wiadomości SMS. Sąd Rejonowy powołał się na najnowsze orzeczenie dotyczące wykładni art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej, w którym Sąd Najwyższy wskazał, że podpisywanie faktur, równoznaczne z ich wystawieniem, należy traktować jako istotny element prowadzenia działalności gospodarczej, ponieważ są to dokumenty sprzedaży zawierające szczegółowe dane o transakcji, kwoty do zapłaty oraz informacje o sposobie i terminie zapłaty, wystawiane w celu uzyskania zwrotu podatku. Nie można tej czynności - w wielu wypadkach wywołującej doniosłe skutki cywilnoprawne (np. wezwanie do zapłaty w rozumieniu art. 455 k.c.) - uznać za czynności niezwiązane z pracą zarobkową lub za mające charakter formalny.

Sąd I Instancji wskazał, że przytoczone orzeczenie jest szczególnie aktualne w sytuacji A. G., gdyż wystawiał on faktury regularnie, a nie incydentalnie i z całą pewnością nie były to sytuacje wymuszone okolicznościami. Ponadto zważył, że nie było przeszkód by ubezpieczony na czas niezdolności do pracy inaczej zorganizował współpracę z głównym kontrahentem W. K. - tak by wyeliminować konieczność cyklicznego, terminowego wystawiania dokumentów księgowych. Sąd Rejonowy podkreślił, że nieprzekonujące w tym aspekcie wydają się tłumaczenia ubezpieczonego, że w wielu czynnościach związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej wyręczała go matka, która w okresach choroby przeprowadzała się do jego mieszkania. Sąd Rejonowy podsumował, że skoro ubezpieczony tak ściśle współpracował z matką w zakresie czynności zawodowych, że ustanowił ją swym pełnomocnikiem i posiłkował się jej pomocą w zakresie dostarczania i odbierania dokumentów do urzędów, a nawet wstawiania służbowego samochodu do warsztatu, trudno racjonalnie wyjaśnić, dlaczego ubezpieczony nie powierzył jej obowiązku podpisywania faktur w okresach swojej niezdolności do pracy, jak trafnie zauważył Sąd Najwyższy podmiot prawa gospodarczego nie może prawidłowo funkcjonować w obrocie gospodarczym bez umocowania osób do prowadzenia pozarolniczej działalności w okresach niezdolności ubezpieczonego. Niezdolna do prowadzenia pozarolniczej działalności osoba ubezpieczona, co najmniej w okresach przedłużającej się udokumentowanej niezdolności do pracy powinna zatem umocować lub wyznaczyć inną upoważnioną osobę do dokonywania istotnych czynności prawnych lub faktycznych w imieniu i na rzecz danego podmiotu gospodarczego.

Następną okolicznością, którą Sąd Rejonowy uznał, za świadczącą o wykonywaniu pracy zarobkowej było osiągnięcie przez ubezpieczonego regularnych dochodów, których wysokość pozostawała na podobnym poziomie bez względu na jego zdolność lub niezdolność do pracy. Działalność gospodarcza wnioskodawcy była kontynuowana bez przeszkód w okresach jego niezdolności do pracy, gdyż została zorganizowana w taki sposób, że wynagrodzenie prowizyjne uzyskiwane było nawet przy minimalnym nakładzie pracy ubezpieczonego, sprowadzającym się na pozostawaniu w kontakcie z W. K. i wystawianiu faktur na podstawie pochodzących od niego informacji. Utrata zdrowia nie powodowała więc ani konieczności likwidacji prowadzonej działalności gospodarczej, ani choćby dokonywania istotnych zmian w sposobie jej prowadzenia, by osiągać dochód na względnie stałym poziomie.

W efekcie Sąd Rejonowy podzielił tezę Sądu Najwyższego, że świadczenia z chorobowego ubezpieczenia społecznego mają rekompensować straty w uzyskiwanych dochodach z prowadzonej pozarolniczej działalności, przeto niedopuszczalne jest pobieranie takich świadczeń (połączone z brakiem obowiązku opłacania składek na ubezpieczenie społeczne za okresy choroby), w razie uzyskiwania dotychczasowych dochodów wynikających z kontynuowania przez ubezpieczonego prowadzonej działalności w nieumniejszonym zakresie, nawet gdyby polegało to na wykonywaniu czynności w istotny sposób nieobciążających jego organizmu. Sąd Rejonowy zwrócił uwagę na fakt,

że poza dochodami ubezpieczony w każdym miesiącu, który obejmowała zaskarżona decyzja, w księdze przychodów i rozchodów wykazywał wydatki opierające przeciętnie na kwoty nie niższe niż 1 000 zł, a w niektórych miesiącach niezdolności do pracy przekraczały kwoty 5 000 zł miesięcznie (np. w październiku 2016 roku i styczniu 2018 roku). Ubezpieczony tłumaczył, że wśród wydatków są rachunki za telefon, paliwo i napraw) samochodu. Podkreślić przy tym trzeba, że skoro koszty te odnotowane są w księdze przychodów i rozchodów, ze swej istoty muszą mieć źródło w prowadzonej działalności.

W opinii Sądu I Instancji ponoszenie znacznych wydatków na firmowe usługi telekomunikacyjne, paliwo dla samochodu firmowego i jego naprawy świadczyć musi o intensywnym używaniu tych środków trwałych, a tym samym wykonywaniu pracy zarobkowej, zwłaszcza w sytuacji, gdy ubezpieczony nie zatrudnia pracowników, którym środki te mógłby powierzyć.

Według Sądu Rejonowego powyższa argumentacja przesądziła o zakwalifikowaniu zachowania ubezpieczonego jako wykonywania pracy zarobkowej w okresach niezdolności do pracy, co wiąże się z sankcją w postaci pozbawienia prawa do zasiłku chorobowego na podstawie art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej.

Następnie Sąd Rejonowy przeszedł do kwestii, zawartej w zaskarżonej decyzji – podstawy prawnej dotyczącej żądania zwrotu zasiłku chorobowego wypłaconego nienależnie stanowi art. 84 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 300). Zgodnie z ust. 1 tego przepisu 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, z uwzględnieniem ust. 11. Ustęp 2 definiuje świadczenie pobrane nienależnie jako: 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 wyprowadzania w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia. Wypłacone zasiłki chorobowa pobrane w okolicznościach, o których mowa w art. 17 ustawy zasiłkowej stanowią świadczenie nienależnie pobranym (utracone), które podlega ściągnięciu lub egzekucji w trybie art. 66 ust. 2 i 3 ustawy zasiłkowej. Wedle tych dyspozycji, zasiłek chorobowy, do którego ubezpieczony traci prawo za cały okres zasiłkowy z powodu wykonywania w okresie zwolnienia lekarskiego pracy zarobkowej lub pozarolniczej działalności (art. 17 ustawy zasiłkowej), jest z mocy art. 66 ust. 2 i 3 tej ustawy świadczeniem pobranym nienależnie, bez względu na to, czy ubezpieczony był pouczony o takich okolicznościach (podstawach) utraty świadczeń zasiłkowych, które nie stanowiły o braku spornego prawa, ale mogły uzasadnić utratę nienależnie pobranych świadczeń zasiłkowych. W konsekwencji nie jest wymagane uprzednie pouczenie o możliwości utraty pobranych z przyczyn ustawowo określonych, między innymi w art. 17 ustawy zasiłkowej, których wystąpienia nie można z góry zakładać ani przewidzieć. Zdaniem Sądu Rejonowego, jeżeli ubezpieczony, jak w niniejszej sprawie, przedkłada za sporne okresy zaświadczenia lekarskie o niezdolności do pracy, a jednocześnie w tych samych okresach świadczy pracę zarobkową, to wprowadza w ten sposób organ rentowy w błąd co do okoliczności uzasadniających pobieranie przez niego zasiłku chorobowego. Powołując się na orzecznictwo Sądu Najwyższego, Sąd Rejonowy stwierdził, że niepodanie lub zatajenie informacji o prowadzeniu przez ubezpieczonego pozarolniczej działalności w okresach zwolnień lekarskich może być ocenione jako wprowadzenie w błąd organu rentowego, skoro kontynuowanie pozarolniczej działalności w okresie korzystania z zasiłku chorobowego prowadzi do utraty prawa do pobranych świadczeń za cały okres niezdolności do wykonywania tej działalności. Konkludując Sąd Rejonowy stwierdził, że składając w takiej sytuacji zaświadczenia o niezdolności do pracy, ubezpieczony wywołuje fałszywe przeświadczenie organu rentowego o konieczności rekompensaty zasiłkiem chorobowym utraconych z powodu niemożności świadczenia pracy dochodów, przy świadomości, że z uwagi na niezaprzymanie w okresie niezdolności do pracy prowadzenia działalności, będącej źródłem jego dochodów, taka rekompensata mu nie przysługuje. Tym samym ubezpieczony, który prowadzi działalność gospodarczą w okresie orzeczonej niezdolności do pracy, świadomie wprowadza organ rentowy w błąd co do istnienia podstawy wypłaty zasiłku chorobowego. W konsekwencji zasiłek chorobowy wypłacony takiemu ubezpieczonemu jest świadczeniem nienależnie pobranym podlegającym obowiązkowi zwrotu na podstawie art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie

ubezpieczeń społecznych. Sąd Rejonowy zważył, że tożsame stanowisko zaprezentował Sąd Okręgowy w Łodzi w wyroku z dnia 14 października 2019 r. sygn. VIII Ua 49/19.

Na koniec Sąd Rejonowy wskazał, że postępowanie dowodowe wprawdzie nie potwierdziło dodatkowej okoliczności, mającej według uzasadnienia zaskarżonej decyzji, uzasadniać odmowę prawa do zasiłku chorobowego w okresie po 1 kwietnia 2018 roku. Natomiast Sąd Rejonowy zważył, że od tego dnia ubezpieczony nie podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, ale ponownie przystąpił do niego już 23 sierpnia 2018 roku. Wobec tego okoliczność ta nie mogła negatywnie rzutować na prawo do zasiłku chorobowego w kolejnym okresie zasiłkowym, który rozpoczął się z dniem 21 grudnia 2018 roku, a zatem po upływie 90-dniowego okresu, o którym stanowi art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej. Sąd Rejonowy podsumował, że nie wpływa to jednak na rozstrzygnięcie sprawy, ponieważ w każdym z okresów objętych zaskarżoną decyzją zachodziły przesłanki pozbawienia prawa do zasiłku chorobowego uregulowane w art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej.

Mając powyższe na uwadze Sąd Rejonowy umorzył postępowanie z odwołania od decyzji z dn. 21.05.2019 r. oraz oddalił odwołanie od zaskarżonej decyzji z dn. 4 lipca 2019 r. na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c., orzekając, jak w sentencji wyroku.

Powyższe orzeczenie zostało zaskarżone w zakresie oddalenia odwołania od decyzji z dnia 4 lipca 2019 r. przez A. G.. Zaskarżonemu orzeczeniu, apelujący zarzucił, naruszenie przepisów postępowania, które miało wpływ na rozstrzygnięcie w niniejszej sprawie poprzez naruszenie prawa procesowego, tj. art. 233 k.p.c. w zw. z art. 232 k.p.c. oraz 316 k.p.c. polegające na zaniechaniu wszechstronnego rozważenia zebranego w sprawie materiału dowodowego, dowolną i wybiórczą jego ocenę, nadto orzekanie wbrew doświadczeniu życiowemu, wskazaniom wiedzy i zasadom logicznego rozumowania, przejawiające się w niezgodnym z rzeczywistym stanem faktycznym ustaleniu faktów stanowiących podstawę faktyczną rozstrzygnięcia poprzez odmówienie wiary zeznaniom ubezpieczonego w zakresie osobistego zaangażowania w prowadzenie działalności gospodarczej, odmówienie wiary zeznaniom ubezpieczonego dotyczącym charakteru wydatków wykazywanych w księdze przychodów i rozchodów, określenia jako nieprzekonywujące twierdzeń ubezpieczonego dotyczących źródła wykazywanych wydatków, odmówienie wiary tłumaczeniom ubezpieczonego, popartym zeznaniami jego matki, że to właśnie matka wyręczała ubezpieczonego w wielu czynnościach dotyczących prowadzenia działalności gospodarczej i przyjęcie, że matka ubezpieczonego, jako pełnomocnik przedsiębiorcy wpisany do (...), mogą reprezentować go w szerokim zakresie, a w konsekwencji: naruszenie przepisów prawa materialnego w postaci art. 17 ust. 1 ustawy z dn. 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa poprzez jego błędną wykładnię polegającą na przyjęciu, iż ubezpieczony wykonywał w okresie orzeczonej niezdolności do pracy pracę zarobkową.

W odpowiedzi na apelację A. G., organ rentowy wniósł o oddalenie apelacji jako całkowicie bezzasadnej.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja jako bezzasadna podlega oddaleniu. Żaden z podniesionych w niej zarzutów nie zasługuje na uwzględnienie.

Zaskarżony wyrok Sądu Rejonowego jest prawidłowy i znajduje oparcie zarówno w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym, jak i obowiązujących przepisach prawa.

Sąd Okręgowy w pełni aprobuje ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji i przyjmuje je jako własne.

Zasady przewidziane w art. 6 k.c. i jego procesowym odpowiedniku - art. 232 zdanie pierwsze k.p.c. - dotyczą negatywnych skutków związanych z nieudowodnieniem przez stronę faktów, z których wywodzi ona skutki prawne. Regulacja zawarta w tych przepisach koresponduje wyłącznie z etapem, w którym odtwarza się fakty, ich wpływ na subsumcję ma charakter wtórny, zachodzi tylko wówczas, gdy sąd uzna, że określone okoliczności faktyczne powoływane przez stronę nie mają pokrycia w materiale dowodowym. Wynika to stąd, że ciężar udowodnienia (onus probandi) pozwala rozstrzygnąć sprawę merytorycznie, także wówczas, gdy sąd nie zdołał w ogóle (w pewnej części) wyjaśnić stanu faktycznego sprawy. Wówczas konsekwencje procesowe tego ponosi strona, na której dowód

spoczywał. Jeżeli natomiast istotne fakty zostaną ustalone, to podlegają one ocenie z punktu widzenia przepisów prawa materialnego, niezależnie od tego, która ze stron podjęła w tym zakresie inicjatywę dowodową (powód, pozwany, czy nawet dowód został przeprowadzony z urzędu, por. np. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 4 stycznia 2008 r., I UK 223/07, LEX nr 442836, LexPolonica nr 2096627 i z dnia 12 stycznia 2011 r., II PK 129/10 LEX nr 737385, LexPolonica nr 2538072). W takiej sytuacji sąd, oceniając materiał dowodowy, kieruje się metodą poznawczą z art. 233 § 1 k.p.c., i na tej podstawie dokonuje wiążących ustaleń stanu faktycznego, które "podciągane" są pod odtworzony zakres desygnatów normy prawa materialnego. W tym wypadku nie dochodzi do właściwego lub niewłaściwego "rozłożenia ciężaru dowodowego". Przepis art. 233 § 1 k.p.c. stanowi, iż Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. (Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 kwietnia 2018 r. II UK 58/17)

W ocenie Sądu Okręgowego skuteczny zarzut przekroczenia granic swobody w ocenie dowodów może mieć zatem miejsce tylko w okolicznościach szczególnych. Dzieje się tak w razie pogwałcenia reguł logicznego rozumowania bądź sprzeniewierzenia się zasadom doświadczenia życiowego (por. wyrok SN z 6 listopada 2003 r., II CK 177/02, niepubl.).

Podkreślenia wymaga, że dla skuteczności zarzutu naruszenia swobodnej oceny dowodów nie wystarcza stwierdzenie o wadliwości dokonanych ustaleń faktycznych, odwołujące się do stanu faktycznego, który w przekonaniu skarżącego odpowiada rzeczywistości. Koniecznym jest bowiem wskazanie przyczyn dyskwalifikujących postępowanie Sądu w tym zakresie.

W szczególności skarżący powinien wskazać jakie kryteria oceny dowodów naruszył sąd przy ocenie konkretnych dowodów uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłusznie im je przyznając. Ponadto, jeżeli z określonego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to dokonana ocena nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego można było wysnuć wnioski odmienne (post SN z 23 stycznia 2001 r., IV CKN 970/00, niepubl. wyrok SN z 27 września 2002 r., II CKN 817/00).

Zatem o dowolności można mówić wówczas, gdy sąd ocenia dowody bez ich właściwej analizy, bądź też wbrew zdrowemu rozsądkowi lub zasadom logicznego rozumowania. Nie jest natomiast dowolną taka ocena, która - choć prowadzi do niekorzystnych dla strony powodowej konkluzji - to jednak jest logicznie i rzeczowo umotywowana.

Wskazać należy, że Sąd odwoławczy, niezależnie od tego, czy prowadzi sam postępowanie dowodowe, czy jedynie weryfikuje ustalenia faktyczne dokonane przez Sąd pierwszej instancji, ma obowiązek samodzielnej oceny materiału dowodowego zebranego w sprawie. Jednakże zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. może być uznany za zasadny jedynie w wypadku wykazania, że ocena materiału dowodowego jest rażąco wadliwa czy w sposób oczywisty błędna, dokonana z przekroczeniem granic swobodnego przekonania sędziowskiego, wyznaczonych w tym przepisie. Sąd drugiej instancji ocenia bowiem legalność oceny dokonanej przez Sąd pierwszej instancji, czyli bada, czy zostały zachowane kryteria określone w art. 233 § 1 k.p.c. Jeżeli z danego materiału dowodowego Sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena Sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Przeprowadzona przez Sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona tylko wtedy gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub, gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo - skutkowych (por. przykładowo postanowienie z dnia 11 stycznia 2001 r., I CKN 1072/99, Prok. i Pr. 2001 r., Nr 5, poz. 33, postanowienie z dnia 17 maja 2000 r., I CKN 1114/99, wyrok z dnia 14 stycznia 2000 r., I CKN 1169/99, OSNC 2000 r., nr 7 - 8, poz. 139).

W ocenie Sądu Okręgowego dokonana przez Sąd Rejonowy analiza zgromadzonego w postępowaniu materiału dowodowego jest - wbrew twierdzeniom apelującego - prawidłowa. Sąd pierwszej instancji odniósł się do wszystkich zgromadzonych w postępowaniu dowodów.

Zarzuty skarżącego sprowadzają się w zasadzie jedynie do polemiki ze stanowiskiem Sądu i interpretacją dowodów dokonaną przez ten Sąd i jako takie nie mogą się ostać. Apelujący, przeciwstawia bowiem ocenie dokonanej przez Sąd pierwszej instancji, własną analizę zgromadzonego materiału dowodowego i własny pogląd na sprawę.

Przepis art. 316 § 1 KPC wyraża zasadę aktualności, która oznacza, że sąd wydając wyrok bierze pod uwagę stan faktyczny i prawny obowiązujący na chwilę wydania wyroku. Sąd Rejonowy wydając wyrok, prawidłowo wziął za podstawę stan rzeczy istniejących w chwili zamknięcia rozprawy.

Wbrew twierdzeniom apelacji, Sąd II instancji nie dopatrywał się żadnych naruszenia przepisów postępowania, skutkujących koniecznością - zgodnie z żądaniem apelacji - zmiany tegoż orzeczenia, ewentualnie uchyleniem zaskarżonego wyroku.

Zarzut naruszenia przepisów prawa materialnego art. 17 ust. 1 ustawy z 25.06.1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U.2020.870) poprzez błędną wykładnię polegającą na przyjęciu, iż ubezpieczony wykonywał w okresie orzeczonej niezdolności do pracy pracę zarobkową, jest w całości bezzasadny. Sąd II instancji zważył bowiem, że argumentacja apelanta sprowadza się w istocie wyłącznie do polemiki z prawidłowym stanowiskiem Sądu meriti, znajdującym oparcie w bezbłędnie ustalonych faktach na podstawie powołanych dowodów, z których wprost wynika, że wnioskodawca prowadził działalność gospodarczą w okresie niezdolności do pracy. Jak słusznie wskazał Sąd I Instancji świadczą o tym faktury, które ubezpieczony regularnie wystawiał na rzecz swojego głównego kontrahenta W. K..

Prawidłowo, Sąd I instancji wydedukował, o niskim stopniu zaangażowania matki U. G. w działalność gospodarczą A. G., o którym świadczy brak spotkań i kontaktu z W. K. tj. głównym kontrahentem ubezpieczonego. Sąd I Instancji właściwie wskazał, że U. G. jako ustanowiona pełnomocnik przedsiębiorcy mogłaby dokonywać takich czynności, reprezentując niezdolnego do pracy syna A. G..

Sąd II Instancji nie może podzielić argumentacji apelanta odnośnie faktu znajomości U. G. z głównym kontrahentem ubezpieczonego. Mimo, że przesłuchanie matki ubezpieczonego nacechowane było silną emocjonalnością, z pewnością matka pamiętałaby głównego kontrahenta ubezpieczonego. Ponadto gdyby doręczała dokumenty do hurtowni i oddawałaby je innemu pracownikowi, wiedziałaby kto jest właścicielem hurtowni.

Ponadto słusznie Sąd Rejonowy odmówił wiarygodności zeznaniom ubezpieczonego w zakresie źródła poniesionych wydatków zapisanych w księdze przychodów i rozchodów. W pierwszej kolejności ubezpieczony tłumaczył, że koszty obejmują tylko rachunki telefoniczne, następnie po zwróceniu uwagi na ich wysokość rzędu kilku tysięcy złotych w każdym miesiącu, ubezpieczony wskazał kolejną kategorię wydatków paliwo do firmowego samochodu.

W tym stanie rzeczy Sąd II instancji uznał, że nie zasługuje na akceptację argumentacji apelanta, że Sąd Rejonowy bezzasadnie zakwestionował wydatki ubezpieczonego zwłaszcza w zakresie kosztów napraw pojazdu, który służył do prowadzenia działalności gospodarczej. Skoro ubezpieczony w okresie niezdolności do pracy nie prowadził działalności gospodarczej, a co za tym idzie nie prowadził w tym czasie samochodu służącego do w/w celu, to wobec tego, dlaczego koszty napraw i paliwa samochodu zostały uznane za koszty uzyskania przychodu poniesione w ramach działalności gospodarczej? Jak słusznie podkreślił Sąd Rejonowy, skoro koszty te odnotowane są w księdze przychodów i rozchodów, to ze swej istoty muszą mieć źródło w prowadzonej działalności. Co więcej, prawidłowo Sąd a quo wskazał, że ponoszenie znacznych wydatków na firmowe usługi telekomunikacyjne, paliwo dla samochodu firmowego i jego naprawy oznacza intensywne używanie tych środków trwałych, a tym samym wykonywaniu pracy zarobkowej, zwłaszcza w sytuacji, gdy ubezpieczony nie zatrudnia pracowników, którym środki te mógłby powierzyć. Sąd odwoławczy w ślad za Sądem M. uznał, że wnioskodawca wyczerpał swoim zachowaniem dyspozycję art. 17 ust. 1 ustawy z 25.06.1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2016 r., poz. 372 ze zm.). Sąd Rejonowy w sposób wyczerpujący przedstawił wykładnię właściwej regulacji prawnej, powołując na poparcie swojego stanowiska adekwatne orzecznictwo. Sąd Okręgowy, jako Sąd II Instancji odstępuje od ponownego przytoczenia pełnej argumentacji Sądu meriti, uznając, że byłoby to jedynie zbędnym

powielenie właściwie przeprowadzonej analizy prawnej, którą czyni integralną częścią własnych rozważań prawnych. Przypomnieć jedynie należy, że w zakresie interpretacji pojęcia „pracy zarobkowej” - Sąd Najwyższy prezentuje pogląd, że nie dochodzi do utraty prawa do zasiłku chorobowego w razie podjęcia incydentalnej i wymuszonej okolicznościami aktywności zmierzającej do osiągnięcia zarobku w czasie pobierania tego zasiłku”. Teza Sądu Najwyższego kładzie nacisk na wymiar temporalny aktywności (wyłączając poza zakres pojęcia „praca zarobkowa” aktywności sporadyczne i nieregularne), ale akcentuje też aspekt, który mógłby zostać pominięty przy ścisłym stosowaniu wykładni językowej analizowanego przepisu. Mianowicie Sąd Najwyższy wskazuje, że działalność, która nie prowadzi do utraty prawa do zasiłku chorobowego w świetle art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej, musi być wymuszona okolicznościami. W odniesieniu do tej przesłanki Sąd Najwyższy w przytoczonych orzeczeniach skupiał się na ocenie, czy określona czynność miała istotne znaczenie dla osób innych niż ubezpieczony (np. stanowiła realizację celu społecznego) oraz czy istniały inne osoby, które mogły jej dokonać w zastępstwie ubezpieczonego (wyroki z dn. 15.06.2007 r., II UK 223/06, OSNP 2008/15-16/231; z dnia 3.03.2010 r., III UI< 71/09, LEX nr 585848; z dn. 6.02.2014 r., II UK 274/13, OSNP 2015/4/58).

Świadczenia z chorobowego ubezpieczenia społecznego mają rekompensować straty w dochodach uzyskiwanych z pozarolniczej działalności. Niedopuszczalne jest pobieranie tych świadczeń w razie uzyskiwania przez ubezpieczonego dotychczasowych dochodów ze względu na kontynuowanie przez niego działalności pozarolniczej w nieumniejszonym zakresie, mimo iż wykonywanie tej działalności nie obciążało w istotny sposób organizmu. (Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy, (...) i Spraw Publicznych z dnia 11 grudnia 2007 r. I UK 145/07)

Należy wskazać, że czynności A. G. nie miały charakteru incydentalnego ani nie były wymuszone okolicznościami. Ubezpieczony mógł być w zakresie tych czynności wyręczony przez swojego pełnomocnika U. G.. Ponadto osiągał dochód z prowadzonej działalności, a także ponosił w czasie orzeczonej niezdolności do pracy wydatki związane z prowadzeniem działalności gospodarczej. W ocenie Sądu Okręgowego powyższe wnioski świadczą o tym, że ubezpieczony w okresie orzeczonej niezdolności do pracy prowadził działalność gospodarczą tj. wykonywał pracę zarobkową.

Orzeczenie Sądu I instancji w pełni zatem odpowiada prawu.

Mając to na względzie Sąd Okręgowy na podstawie art. 385 k.p.c. orzekł, jak w sentencji.

Wyrok został wydany na posiedzeniu niejawnym na zasadzie art. 1481 § 1 k.p.c., mając na uwadze, że organ rentowy przez cały czas popierał swoje stanowisko, a odwołująca popierała odwołanie, zatem nie jest potrzebne wyznaczanie rozprawy, gdyż stanowiska stron są zawarte w pismach procesowych.

SSO Zofia Falkowska SSO Agnieszka Domańska-Jakubowska SSO Anna Przybylska

J.K.