

UZASADNIENIE

WYROKU W CAŁOŚCI

Zaskarżonym wyrokiem z 13 lipca 2020 roku Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi po rozpoznaniu sprawy X U 31/20 z wniosku M. W. przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych I Oddziałowi w Ł. o świadczenie rehabilitacyjne, zobowiązanie do zwrotu nienależnie pobranego świadczenia rehabilitacyjnego w związku z odwołaniem od decyzji organu rentowego z 28 listopada 2019 roku, nr sprawy (...) oddalił odwołanie.

Sąd Rejonowy przedmiotowe rozstrzygnięcie oparł na następujących ustaleniach faktycznych i rozważaniach prawnych:

Od 1 czerwca 2018 roku M. W. podlegał ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu zatrudnienia w oparciu o umowę o pracę łączącą go z A. Ś.. Umowa ta uległa rozwiązaniu z dniem 30 czerwca 2019 roku. Płatnik składek, A. Ś., wyrejestrował M. W. z ubezpieczeń społecznych z dniem 30 czerwca 2019 roku, ale wniosek w tym przedmiocie złożył dopiero w dniu 13 września 2019 roku.

Poza zatrudnieniem w oparciu o umowę o pracę M. W. od 1 grudnia 2015 roku prowadził działalność gospodarczą – warsztat samochodowy. Odkąd zachorował, około stycznia 2019 roku, udzielił swojemu bratu, P. W., pełnomocnictwa do jego prowadzenia, a sam zaprzestał osobistego zajmowania się tą działalnością. Warsztat nadal funkcjonował, pozostał zarejestrowany na wnioskodawcę, który dokonywał rozliczeń z Urzędem Skarbowym i organem rentowym. Przychody i rozchody dotyczące warsztatu księgowane były w całości na prowadzoną przez wnioskodawcę działalność gospodarczą.

Decyzją z 9 lipca 2019 roku Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przyznał M. W. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 9 czerwca 2019 roku do 3 lutego 2020 roku z ubezpieczenia chorobowego z tytułu wskazanego zatrudnienia. W decyzji zawarto pouczenie, że świadczenie rehabilitacyjne nie przysługuje za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli osoba niezdolna do pracy kontynuuje działalność zarobkową lub podjęła działalność zarobkową.

Wyplata pierwszego świadczenia wynikającego z decyzji z 9 lipca 2019 roku nastąpiła w dniu 17 lipca 2019 roku.

Pismem z 11 października 2019 roku M. W. zwrócił się do organu rentowego z prośbą o udzielenie informacji, jakie dokumenty powinien złożyć, że podlegać ubezpieczeniu chorobowemu od 1 lipca 2019 roku. W jego treści przyznał, że z powodu choroby i podjętego leczenia zapomniał o terminowym złożeniu wymaganych dokumentów do Oddziału ZUS.

Decyzją z 23 grudnia 2019 roku Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przyznał M. W. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 1 października 2019 roku do 3 lutego 2020 roku z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu działalności pozarolniczej.

Sąd Rejonowy powyższy stan faktyczny odtworzył na podstawie niekwestionowanych przez strony i nie budzących wątpliwości Sądu dowodach z dokumentów, a częściowo również na dowodzie z przesłuchania wnioskodawcy. Sąd I instancji wyjaśnił, że na podstawie art. 235² § 1 pkt 2 k.p.c. pominął pozostałe dowody ze źródeł osobowych, gdyż stan faktyczny był niesporny, a tezy dowodowe zakreślone dla świadków, o przesłuchanie których wniosła pełnomocnik ubezpieczonego, dotyczyły okoliczności niemających znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy.

Sąd Rejonowy wskazał, że zgodnie z art. 1 ust. 1 ustawy z 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2020 r., poz. 870 ze zm.; dalej: ustawy zasiłkowej) świadczenia pieniężne na warunkach i w wysokości określonych ustawą przysługują osobom objętym ubezpieczeniem

społecznym w razie choroby i macierzyństwa określonym w ustawie z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 266, 321, 568 i 695), zwanym dalej "ubezpieczonymi".

Sąd I instancji wyjaśnił, że wyjątek od tej zasady przewidziano w art. 7 ustawy zasiłkowej, który stanowi, że zasiłek chorobowy przysługuje również osobie, która stała się niezdolna do pracy po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli niezdolność do pracy trwała bez przerwy co najmniej 30 dni i powstała:

- 1) nie później niż w ciągu 14 dni od ustania tytułu ubezpieczenia chorobowego;
- 2) nie później niż w ciągu 3 miesięcy od ustania tytułu ubezpieczenia chorobowego - w razie choroby zakaźnej, której okres wylegania jest dłuższy niż 14 dni, lub innej choroby, której objawy chorobowe ujawniają się po okresie dłuższym niż 14 dni od początku choroby.

Sąd Rejonowy argumentował, że prawo do zasiłku chorobowego po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego nie przysługuje jednak, nawet przy spełnieniu przesłanek pozytywnych z art. 7, w przypadku zajścia którejkolwiek z przesłanek negatywnych, uregulowanych w art. 13 ust. 1 ustawy zasiłkowej, w którym postanowiono m.in., że zasiłek chorobowy z tytułu niezdolności do pracy powstałej w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego, jak i z tytułu niezdolności do pracy powstałej po ustaniu tytułu ubezpieczenia nie przysługuje za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli osoba niezdolna do pracy kontynuuje działalność zarobkową lub podjęła działalność zarobkową stanowiącą tytuł do objęcia obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym albo zapewniającą prawo do świadczeń za okres niezdolności do pracy z powodu choroby.

Sąd I instancji wskazał, że jeżeli po ustaniu tytułu ubezpieczenia dojdzie do kontynuowania lub podjęcia działalności zarobkowej, to - zależnie od jej rodzaju - zostanie ona objęta ubezpieczeniem chorobowym obowiązkowym lub może zostać objęta ubezpieczeniem chorobowym dobrowolnym. Wówczas zdarzenie ubezpieczeniowe (zachorowanie) będzie już pozostawać w związku z nowym tytułem ubezpieczenia, a prawo do zasiłku przewidzianego w art. 7 ustawy zasiłkowej, jako "słabsze" od prawa do innych świadczeń, mających tytuł zakotwiczony w ubezpieczeniu, odpadnie wobec braku potrzeby wprowadzenia tej szczególnej ochrony. Za działalność zarobkową niewątpliwie można uznać pozarolniczą działalność gospodarczą. Zgodnie z art. 11 ust. 2 w zw. z art. 6 ust. 1 pkt 5 powołanej wcześniej ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych prowadzenie tego rodzaju działalności stanowi tytuł do objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Sąd Rejonowy wyjaśnił, że rozważania dotyczące zasiłku chorobowego znajdują na mocy art. 22 ustawy zasiłkowej odpowiednie zastosowanie w odniesieniu do świadczenia rehabilitacyjnego.

W świetle zgromadzonego materiału dowodowego Sąd Rejonowy uznał, że nie ma wątpliwości, iż po ustaniu z dniem 30 czerwca 2019 roku tytułu obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego z tytułu zatrudnienia w oparciu o umowę o pracę, M. W. kontynuował działalność zarobkową w postaci prowadzenia działalności gospodarczej, warsztatu samochodowego. Zdaniem Sądu I instancji bez znaczenia dla tej oceny pozostaje zakres osobistego zaangażowania w prowadzenia działalności, gdyż poza sporem pozostaje fakt, że działalność gospodarcza nie została wyrejestrowana lub zawieszona, a warsztat samochodowy nadal funkcjonował, będąc zarządzany przez bliską wnioskodawcy osobę. W ocenie Sądu Rejonowego o tym, że prowadzenie działalności gospodarczej stanowiło tytuł do objęcia dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym dobitnie świadczy fakt, iż wnioskodawca sam wnioskował do organu rentowego o objęcie go tym ubezpieczeniem, a następnie z tego tytułu przyznano mu świadczenie rehabilitacyjne od 1 października 2019 roku. Sąd Rejonowy uznał, że nie ma wątpliwości, iż wobec ubezpieczonego od 1 lipca 2019 roku (pierwszego dnia po ustaniu zatrudnienia pracowniczego) zachodziła zatem przesłanka negatywna z art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej.

Sąd Rejonowy wskazał, że konsekwencją stwierdzenia braku uprawnień do świadczeń z ubezpieczenia społecznego było zobowiązanie M. W. do zwrotu nienależnie pobranych kwot, stosownie do dyspozycji art. 84 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, w którym postanowiono, że 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. Sąd Rejonowy wyjaśnił, że z art. 84 ust. 2 w/w ustawy wynika z kolei, że za kwoty nienależnie pobranych świadczeń uważa się:

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

Sąd Rejonowy stwierdził, że M. W. w treści decyzji z 9 lipca 2019 roku został pouczony o okolicznościach powodujących ustanie prawa do świadczeń – w szczególności o tym, że podjęcie działalności zarobkowej spowoduje utratę prawa do zasiłku chorobowego po ustaniu wcześniejszego tytułu ubezpieczenia. Ponieważ wypłata pierwszych świadczeń objętych decyzją nastąpiła 17 lipca 2019 roku to zdaniem Sądu Rejonowego ubezpieczony, przy zachowaniu należytej staranności, mógł przed dokonaniem wypłaty powiadomić organ rentowy o tym, że zaszła wobec niego negatywna przesłanka z art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej. Sąd I instancji podkreślił, że nie dopatrywał się niestaranności organu rentowego w wypłacie świadczeń, ponieważ fakt ustania obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego został organowi rentowemu zgłoszony przez byłego pracodawcę ubezpieczonego dopiero 13 września 2019 roku (wówczas wyrejestrowano M. W. z ubezpieczeń z datą od 30 czerwca 2019 roku). Pierwsza informacja pochodząca od ubezpieczonego dotycząca ustania tytułu ubezpieczeniowego i woli objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym pochodziła z 11 października 2019 roku.

W konkluzji Sąd Rejonowy stwierdził, że decyzja organu rentowego również w przedmiocie zobowiązania M. W. do zwrotu nienależnie wypłaconego świadczenia rehabilitacyjnego była uzasadniona i w efekcie oddalił odwołanie na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c.

Apelację od przedmiotowego wyroku złożył wnioskodawca, reprezentowany przez radcę prawnego, zaskarżając rzeczony orzeczenie w całości, któremu zarzucił:

I. naruszenie przepisów prawa procesowego, które mogło mieć wpływ na wynik sprawy, tj.:

1.art. 233 §1 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. poprzez dokonanie istotnych ustaleń sprzecznych z zebrany materiałem dowodowym, a jego oceny z przekroczeniem zasady swobodnej oceny zebranego materiału dowodowego, w szczególności poprzez:

a)uznanie, że po ustaniu z dniem 30.06.2019 r. tytułu obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego z tytułu zatrudnienia na umowę o pracę, M. W. kontynuował działalność zarobkową w postaci prowadzenia działalności gospodarczej – warsztatu samochodowego oraz przyjęcie, że bez znaczenia dla tej oceny pozostaje zakres osobistego zaangażowania w jej prowadzenie, podczas gdy „udokumentowana i usprawiedliwiona przerwa w prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej oznacza, że nie ma obowiązku opłacania składek na ubezpieczenia społeczne (wyrok SA w Łodzi z 26.02.2013 r., III AUa 1078/12). Wynika to stąd, że osoby faktycznie nieprowadzące działalności gospodarczej nie mają obowiązku opłacania składek, pomimo że nie zawiesiły tej działalności i formalnie nie zostały wykreślone z ewidencji (wyrok SA w Łodzi z 11.10.2012 r., III AUa 1376/12);

b)uznanie, że pouczenie wnioskodawcy zawarte w decyzji ex post, tj. po wypłacie świadczenia jest pouczeniem skutecznym, podczas, gdy dla ustalenia obowiązku zwrotu nienależnie pobranego świadczenia, decydujące znaczenie ma świadomość i zamiar ubezpieczonego, który pobrał świadczenie w złej wierze (tak SN w wyroku z 24.11.2004 r., I UK 3/04);

2. art. 233 §1 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. w zw. z art. 6 k.c. poprzez dowolne rozłożenie ciężaru dowodzenia i uznaniu, że wnioskodawca faktycznie prowadził działalność gospodarczą mimo nieprzeprowadzenia na tę okoliczność żadnych dowodów, co w konsekwencji doprowadziło do nierozpoznania istoty sprawy;

3. art. 205¹² § 2 k.p.c. poprzez pominięcie dowodu z zeznań świadków zgłoszonych przez powoda i uznanie, iż wykazanie czy wnioskodawca faktycznie prowadził działalność gospodarczą stanowi „okoliczność niemającą znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy”, mimo że w świetle ustalonych okoliczności faktycznych konieczność przeprowadzenia dowodu na tę okoliczność jest oczywista z punktu widzenia wyjaśnienia sprawy, co w konsekwencji doprowadziło do nierozpoznania istoty sprawy;

II. naruszenie przepisów prawa materialnego, a mianowicie:

1.art. 7 ust. 1 oraz art. 18 ust. 1 ustawy z 25.06.1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2019 r., poz. 645,1590), poprzez ich niezastosowanie podczas, gdy istniały przesłanki do przyznania wnioskodawcy prawa do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 1.07.2019 r. do 3.02.2020 r., tj. po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego wynikającego z trwającego do 30.06.2019 r. zatrudnienia u płatnika składek A. Ś.;

2.art. 13 ust.1 pkt 2 ustawy z 25.06.1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2019 r., poz. 645, 1590) poprzez błędne zastosowanie i uznanie za niemającą znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy okoliczność, czy wnioskodawca kontynuował działalność zarobkową stanowiącą tytuł do objęcia dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym podczas, gdy trwająca od 1.12.2015 r. działalności, z powodu długotrwałej choroby (rak przełyku i żołądka) faktycznie wykonywana była na podstawie umowy zlecenia oraz udzielonego pełnomocnictwa, przez osobę trzecią – P. W..

W konkluzji do tak sformułowanych zarzutów apelacyjnych skarżący wniósł o:

1. zmianę zaskarżonego wyroku i przyznanie wnioskodawcy prawa do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 1.07.2019 r. do 3.02.2020 r., tj. po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego wynikającego z trwającego do 30.06.2019 r. zatrudnienia u płatnika A. Ś. oraz uznanie pobranego przez wnioskodawcę świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 1.07.2019 r. do 30.09.2019 r. za należne, a także
2. o przeprowadzenie na etapie postępowania apelacyjnego dowodu z zeznań zgłoszonych przed sądem pierwszej instancji źródeł osobowych w postaci: P. W., M. S. oraz J. B., a nadto
3. o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda zwrotu kosztów zastępstwa procesowego za obie instancje według norm prawem przepisanych.

W odpowiedzi na apelację wnioskodawcy, pozwany wniósł o jej oddalenie, podtrzymując dotychczasowe stanowisko w sprawie.

Na rozprawie apelacyjnej 18.12.2020 r. pełnomocnik wnioskodawcy poparł apelację (e-prot. z 18.12.2020 r.: 00:01:37).

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja podlega oddaleniu.

W ocenie Sądu Okręgowego, Sąd I instancji wydał trafne orzeczenia, znajdujące uzasadnienie w całokształcie okoliczności faktycznych sprawy oraz treści obowiązujących przepisów prawa. Sąd Rejonowy poczynił poprawne ustalenia faktyczne i dokonał właściwej subsumcji prawnej.

Sąd II instancji w pełni aprobuje i przyjmuje ustalenia faktyczne Sądu Rejonowego, jako własne, jednocześnie stwierdził, że nie zachodzi obecnie potrzeba powielania w tym miejscu tych ustaleń (por. wyrok SN z 5.11.1998 r., I PKN 339/98, OSNAPiUS 1999/24/).

Zdaniem Sądu II instancji brak jest uzasadnionych podstaw do uwzględnienia zarzutu naruszenia przez Sąd Rejonowy prawa procesowego poprzez dokonanie błędnej oceny materiału dowodowego i ustaleń sprzecznych z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego.

Art. 233 §1 k.p.c. stanowi, że sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Sąd dokonuje oceny wszystkich dowodów przeprowadzonych w postępowaniu, jak również wszelkich okoliczności towarzyszących przeprowadzaniu poszczególnych dowodów, mających znaczenie dla ich mocy i wiarygodności (tak np. SN w orzeczeniu z 11.07.2002 r., IV CKN 1218/00, LEX nr 80266). Ramy swobodnej oceny dowodów są zakreślone wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego, regułami logicznego myślenia oraz pewnym poziomem świadomości prawnej, według których sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i ważąc ich moc oraz wiarygodność, odnosi je do pozostałego materiału dowodowego (tak też SN w licznych orzeczeniach, np. z 19.06.2001 r., II UKN 423/00, OSNP 2003/5/137).

Skuteczne postawienie zarzutu naruszenia przez Sąd art. 233 §1 k.p.c. wymaga zatem wykazania, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego. Natomiast zarzut dowolnego i fragmentarycznego rozważenia materiału dowodowego wymaga dla swej skuteczności konkretyzacji i to nie tylko przez wskazanie przepisów procesowych, z naruszeniem których apelujący łączy taki skutek, lecz również przez określenie, jakich dowodów lub jakiej części materiału zarzut dotyczy, a ponadto podania przesłanek dyskwalifikacji postępowania sądu pierwszej instancji w zakresie oceny poszczególnych dowodów na tle znaczenia całokształtu materiału dowodowego oraz w zakresie przyjętej podstawy orzeczenia.

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, a ich wpływ na subsumcję ma charakter wtórny i 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 – tak, jak to miało miejsce w n/n sprawie - to podlegają one ocenie z punktu widzenia przepisów prawa materialnego, niezależnie od tego, która ze stron podjęła w tym zakresie inicjatywę dowodową (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)

Zdaniem Sądu Okręgowego dokonana przez Sąd Rejonowy ocena zgromadzonego w postępowaniu materiału dowodowego jest – wbrew twierdzeniom strony apelującej – prawidłowa.

Zarzuty strony skarżącej sprowadzają się w zasadzie jedynie do polemiki ze stanowiskiem Sądu i jako takie nie mogą się ostać. Strona apelująca, bowiem przeciwstawia ocenie dokonanej przez Sąd pierwszej instancji jedynie swoją analizę zgromadzonego materiału dowodowego i przedstawia subiektywną ocenę bezspornych w istocie faktów. Sąd II instancji nie stwierdził naruszenia art. 233 k.p.c. a zarzuty dotyczące naruszenia tego przepisu sformułowane w apelacji okazały się w całości chybiony.

W szczególności wskazać należy, że Sąd I instancji prawidłowo ustalił na podstawie właściwie powołanych dowodów w postaci: wydruku (...) /k. 16/, pełnomocnictwa /k. 17/ i zeznań wnioskodawcy, że poza zatrudnieniem na umowę

o pracę M. W. od 1 grudnia 2015 roku prowadził też działalność gospodarczą – warsztat samochodowy, a odkąd zachorował, około stycznia 2019 roku, udzielił swojemu bratu, P. W., pełnomocnictwa do jego prowadzenia, a sam zaprzestał osobistego zajmowania się tą działalnością, natomiast w badanym okresie warsztat nadal funkcjonował i pozostał zarejestrowany na wnioskodawcę, który dokonywał rozliczeń z Urzędem Skarbowym i organem rentowym, a przychody i rozchody dotyczące warsztatu księgowane były w całości na prowadzoną przez wnioskodawcę działalność gospodarczą.

Jednocześnie Sąd Okręgowy stwierdził, że nie zasługuje na aprobatę argumentacja apelanta dotycząca naruszenia art. 205¹² § 1 k.p.c., albowiem słusznie Sąd I instancji uznał, że tezy dowodowe określone dla świadków, o przesłuchanie których wносиła pełnomocnik ubezpieczonego, dotyczyły okoliczności niemających znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy i w efekcie prawidłowo na podstawie art. 235² § 1 pkt 2 k.p.c. pominął te dowody. Sąd meriti ustalił bezbłędnie wszystkie istotne w sprawie okoliczności, a w tym, że wnioskodawca w spornym okresie co prawda osobiście przestał zajmować się prowadzeniem własnej działalności gospodarczej, natomiast udzielił pełnomocnictwa swojemu bratu, który prowadził w tym czasie należący do wnioskodawcy warsztat, który nadal funkcjonował jako działalność gospodarcza prowadzona przez apelanta, a nadto, że wnioskodawca dokonywał rozliczeń księgowo – podatkowych oraz z organem rentowym z tytułu tej działalności. Sąd II instancji w całości podziela powyższe stanowisko Sądu Rejonowego, traktując je jako własne i również nie znajdując podstaw do przeprowadzenia wnioskowanych dowodów z zeznań świadków P. W., M. S. i J. B., pominął na podstawie art. 235² § 1 pkt 2 k.p.c. dowód z przesłuchania tych świadków na etapie postępowania apelacyjnego.

Ustalenia Sądu meriti są zatem pełne, nie wymagają żadnego uzupełnienia i zostały bezbłędnie odtworzone na podstawie właściwie zebranego i ocenionego materiału dowodowego, co czyni w całości apelację skarżącą, w której zarzucił naruszenia przepisów prawa procesowego w omówionym wyżej zakresie chybioną.

Sąd II instancji zważył, że bezzasadne okazały się także w całości zarzuty dotyczące naruszenia prawa materialnego.

W niniejszej sprawie spór dotyczył prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, o którym mowa w art. 18 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2019 roku, poz. 645 ze zm.), ale przepisy o zasiłku chorobowym stosuje się odpowiednio.

W myśl art. 18 ust. 1 i 2 ustawy zasiłkowej świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy. Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy.

Stosownie zaś do art. 22 tej ustawy do świadczenia rehabilitacyjnego stosuje się odpowiednio przepisy art. 11 ust. 4 i 5, art. 12, art. 13 ust. 1, art. 15 i 17.

W myśl art. 13 ust. 1 pkt 2 tej ustawy - zasiłek chorobowy z tytułu niezdolności do pracy powstałej w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego, jak i z tytułu niezdolności do pracy powstałej po ustaniu tytułu ubezpieczenia nie przysługuje za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli osoba niezdolna do pracy kontynuuje działalność zarobkową lub podjęła działalność zarobkową stanowiącą tytuł do objęcia obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym albo zapewniającą prawo do świadczeń za okres niezdolności do pracy z powodu choroby.

Natomiast art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej stanowi, że 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.

W tym kontekście należy przypomnieć, że 30 czerwca 2019 r. doszło do rozwiązania umowy o pracę zawartej przez wnioskodawcę z A. Ś. a zatem tego dnia ustał tytuł do obowiązkowego ubezpieczenia pracowniczego, w tym –

chorobowego, mimo że pracodawca złożył wniosek o wyrejestrowanie z pracowniczych ubezpieczeń społecznych wnioskodawcę dopiero 13 września 2019 r.

Prowadzona przez wnioskodawcę działalność gospodarcza, do dnia 1 lipca 2019 r., po ustaniu obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego z tytułu stosunku pracy, stanowi działalność zarobkową, w rozumieniu przepisu art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

W sprawie nie jest bowiem sporne, że działalność gospodarcza wnioskodawcy w badanym okresie nie została wyrejestrowana lub zawieszona, a także, że warsztat samochodowy nadal funkcjonował, będąc zarządzany przez bliską wnioskodawcy osobę, przy czym wszystkie rozliczenia księgowo – podatkowe i z organem rentowym dotyczące warsztatu były dokonywane w spornym okresie w całości jako własna działalność gospodarcza wnioskodawcy.

Sąd Okręgowy w całości aprobuje ocenę Sądu I instancji, że o tym, iż prowadzenie w tym okresie przez apelanta działalności gospodarczej stanowiło tytuł do objęcia dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym dobitnie świadczy fakt, iż wnioskodawca sam wnioskował do organu rentowego o objęcie go tym ubezpieczeniem (k. 15), a następnie z tego tytułu przyznano mu świadczenie rehabilitacyjne od 1 października 2019 roku (k. 46).

W tym stanie rzeczy Sąd meriti wywiódł jedyny logiczny wniosek, że wobec ubezpieczonego od 1 lipca 2019 roku, czyli od pierwszego dnia po ustaniu zatrudnienia pracowniczego, zachodziła przesłanka negatywna z art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej, albowiem wnioskodawca kontynuował prowadzenie własnej działalności gospodarczej po rozwiązaniu umowy o pracę. Powyższe rozważania Sąd II instancji akceptuje w całości i uznaje je za własne stanowisko w sprawie.

Kontynuacja prowadzenia działalności gospodarczej po rozwiązaniu stosunku pracy, stanowi negatywną przesłankę przysługiwania zasiłku chorobowego, za okres po ustaniu stosunku pracy, jako tytułu ubezpieczenia chorobowego, o której mowa w art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 maja 2013 r. I UK 626/12).

Sąd Okręgowy zważył, że w regulacji art. 13 ust. 1 ustawy zostały określone przesłanki negatywne, bowiem ustawodawca wskazał, że wystąpienie choć jednej z nich odbiera prawo do ubiegania się o świadczenie. Ich cechą wspólną jest istnienie innych źródeł dochodów, które pochodzą m.in. z ubezpieczenia społecznego, własnej kontynuowanej lub podjętej działalności zarobkowej czy Funduszu Pracy. Przesłanka ta stanowi dopełnienie warunku związanego z kontynuowaniem lub podjęciem działalności zarobkowej stanowiącej tytuł do objęcia obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym. Przez "prawo do świadczeń", o którym mowa w tym przepisie, rozumieć należy więc dochód i zarobek, którego uzyskiwanie sprowadza się do odmowy przyznania prawa do zasiłku chorobowego.

Sąd II instancji zważył zatem, że z bezbłędnych ustaleń Sądu I instancji wynika, iż w badanym okresie warsztat skarżącego nadal funkcjonował i mimo, że skarżący osobiście nie angażował się w jego prowadzenie, to tenże warsztat nadal pozostał zarejestrowany na wnioskodawcę, który dokonywał rozliczeń z Urzędem Skarbowym i organem rentowym, a przychody i rozchody dotyczące warsztatu księgowane były w całości na prowadzoną przez wnioskodawcę działalność gospodarczą. Poza tym pismem z dnia 11 października 2019 roku M. W. sam zwrócił się do organu rentowego z prośbą o udzielenie informacji, jakie dokumenty powinien złożyć, że podlegać ubezpieczeniu chorobowemu od 1 lipca 2019 roku i w jego treści przyznał, że z powodu choroby i podjętego leczenia zapomniał o terminowym złożeniu wymaganych dokumentów do Oddziału ZUS. Słusznie zatem Sąd meriti uznał, że o tym, że prowadzenie działalności gospodarczej stanowiło tytuł do objęcia wnioskodawcy dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym dobitnie świadczy powyższy fakt, iż wnioskodawca sam wnioskował do organu rentowego o objęcie go tym ubezpieczeniem, a następnie z tego tytułu przyznano mu świadczenie rehabilitacyjne od 1 października 2019 roku. Argumentacja zaprezentowana w apelacji jest wybiórcza i nie uwzględnia całości okoliczności niniejszej sprawy, przez co nie mogła odnieść zamierzonego skutku procesowego.

Wreszcie wbrew bowiem twierdzeniom apelacji Sąd Rejonowy właściwie zastosował przepis art. 84 ust. 1 i 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, bowiem - w ocenie Sądu Okręgowego - istniały podstawy do żądania od ubezpieczonego zwrotu pobranych świadczeń. Sąd Okręgowy podziela w pełnej rozciągłości wywody Sądu a quo prowadzące się do tezy, że wnioskodawca w decyzji z 9.07.2019 r. został w sposób prawidłowy pouczony o okolicznościach powodujących utratę prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego a w szczególności, że okolicznością taką jest podjęcie działalności zarobkowej, i pouczenia te były mu znane, uznając, że zarzut apelacyjny dotyczący naruszenia art. 233 par.1 w zw. z art. 277 k.p.c. jest w całości bezzasadny. Sąd Rejonowy trafnie uznał, że wnioskodawca miał pełną świadomość, że zarówno zasiłek chorobowy jak i świadczenie rehabilitacyjne nie przysługuje za okres po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego w sytuacji podjęcia działalności zarobkowej stanowiącej tytuł do objęcia obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym. Należy także zgodzić się z Sądem I instancji, że ubezpieczony, przy zachowaniu należytej staranności, mógł przed dokonaniem wypłaty powiadomić organ rentowy o tym, że zaszła wobec niego negatywna przesłanka z art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej, skoro wypłata pierwszych świadczeń objętych decyzją nastąpiła 17 lipca 2019 roku. Argumentacja przedstawiona w apelacji przez skarżącego dotycząca omówionych wyżej kwestii stanowi wyłącznie polemikę z bezbłędnym stanowiskiem Sądu I instancji, co czyni ją w całości bezzasadną.

W konsekwencji Sąd Okręgowy na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację jako niezasadną.