



Sygn. akt I UK 145/07

**WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 11 grudnia 2007 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Jerzy Kwaśniewski (przewodniczący)

SSN Zbigniew Myszka (sprawozdawca)

SSN Jolanta Strusińska-Żukowska

w sprawie z odwołania K. D.
przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi o zwrot świadczeń z
ubezpieczenia społecznego,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy, Ubezpieczeń
Społecznych i Spraw Publicznych w dniu 11 grudnia 2007 r.,
skargi kasacyjnej ubezpieczonego od wyroku Sądu Okręgowego - Sądu Pracy i
Ubezpieczeń Społecznych w K.
z dnia 1 lutego 2007 r.,

**uchyla zaskarżony wyrok i sprawę przekazuje Sądowi
Okręgowemu - Sądowi Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w K. do
ponownego rozpoznania, pozostawiając temu Sądowi
orzeczenie o kosztach postępowania kasacyjnego.**

Uzasadnienie

Sąd Okręgowy - Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w K. wyrokiem z dnia 1 lutego 2007 r. zmienił zaskarżony przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych wyrok Sądu Rejonowego w K. z dnia 30 listopada 2006 r. wydany w sprawie z odwołania ubezpieczonego K. D. od decyzji ZUS z dnia 28 października 2005 r. „o zasiłek chorobowy i świadczenie rehabilitacyjne”, w ten sposób w ten sposób, że oddalił odwołanie ubezpieczonego.

W sprawie tej ustalono, że ubezpieczony prowadzi działalność gospodarczą polegającą na wynajmowaniu lokali użytkowych dla sieci handlowych „Żabka Polska” i „Polo Market”. Cała aktywność zawodowa ubezpieczonego ogranicza się do wystawienia kilku dokumentów miesięcznie. Rachunkowość prowadzi biuro rachunkowe. W dniu stwierdzenia niezdolności do pracy ubezpieczony udzielił stosownego pełnomocnictwa swojemu synowi Ł. D.. Ubezpieczony korzystał z zasiłku chorobowego w okresie od 14 października 2002 r. do 3 czerwca 2003 r., a następnie od 4 czerwca do 31 grudnia 2003 r. ze świadczenia rehabilitacyjnego. W okresie od 7 do 30 czerwca 2003 r. ubezpieczony przebywał w szpitalu sanatoryjnym, gdzie leczył uraz lewej ręki. Z ustaleń organu rentowego wynika, że w tych okresach ubezpieczony podpisywał od 2 do 5 faktur miesięcznie.

Decyzją z dnia 28 października 2005 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych odmówił ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego za okresy od 14 października 2002 r. do 3 czerwca 2003 r. oraz świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 4 czerwca do 31 grudnia 2003 r. i zażądał zwrotu wypłaconych za te okresy świadczeń w kwotach odpowiednio: 7.472,60 zł i 5.734,98 zł. Decyzji tej ubezpieczony nie odebrał i w dniu 20 grudnia 2005 r. organ rentowy stwierdził jej prawomocność. Po powrocie z zagranicy, gdzie przebywał w okresie od 28 października 2005 r. do 27 stycznia 2006 r., ubezpieczony zwrócił się do organu rentowego z pismem z dnia 1 lutego 2006 r. o przesłanie wydanej decyzji, którą otrzymał 16 marca 2006 r., a 24 marca 2006 r. złożył od niej odwołanie.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Rejonowy uznał, iż ubezpieczony w badanych okresach nie wykonywał pracy zarobkowej w rozumieniu art. 17 ustawy z

dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jednolity: Dz. U. z 2005 r. Nr 31, poz. 267 ze zm., powoływanej dalej jako ustawa zasiłkowa lub ustawa). Nie wykorzystał również zwolnienia lekarskiego w sposób niezgodny z jego celem. Zdaniem tego Sądu, w rozumieniu powołanego przepisu chodzi o działalność, która może przedłużyć niezdolność do pracy. Zgodnie z orzecznictwem Sadu Najwyższego należy odróżnić „pracę zarobkową” wykonywaną jednoosobowo w ramach działalności gospodarczej od formalnoprawnych czynności, do jakich jest zobowiązany ubezpieczony jako pracodawca. Samo podpisywanie kilku dokumentów finansowych sporządzanych przez inną osobę nie może być traktowane jako wykonywanie dotychczas prowadzonej działalności gospodarczej. Sąd Rejonowy uznał ponadto, że organ rentowy przekroczył 3 - letni termin do dochodzenia zwrotu świadczeń z art. 84 ust. 3 ustawy 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz. U. z 2007 r. Nr 11, poz. 74 ze zm., powoływanej dalej jako ustawa systemowa).

Natomiast Sąd Okręgowy uwzględnił apelację organu rentowego, uznając, że Sąd pierwszej instancji naruszył art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej. W ocenie Sądu Okręgowego, konieczność ścisłego stosowania przepisów prawa ubezpieczeń społecznych nakazuje pod pojęciem „pracy zarobkowej”, wymienionym w tym przepisie, rozumieć wszelką aktywność ludzką, która zmierza do uzyskania zarobku, nawet gdyby miała ona polegać na czynnościach nieobciążających przedsiębiorcy w istotny sposób. W odniesieniu do osób prowadzących działalność gospodarczą przez wykonywanie pracy zarobkowej rozumie się nie tylko wykonywanie konkretnej pracy, ale również wszelkie czynności związane z prowadzeniem działalności gospodarczej, w czym mieści się sprawowanie nadzoru nad tą działalnością przez podpisywanie faktur lub rachunków, czy sporządzenie deklaracji dotyczącej działania firmy. Zdaniem Sądu drugiej instancji, wykonywanie „pracy zarobkowej”, będącej przesłanką utraty prawa do zasiłku chorobowego jest w rozpoznawanej sprawie tożsame z formalnoprawnym prowadzeniem jednoosobowej działalności gospodarczej, albowiem osoba ją prowadząca nie występowała równocześnie jako pracodawca i podejmowane przez nią w okresie zwolnień lekarskich czynności nie różniły się od czynności podejmowanych przed

zachorowaniem. Dlatego podpisanie w trakcie zwolnienia lekarskiego wykazywanych przez organ rentowy dokumentów finansowych sporządzonych przez inną osobę należało zakwalifikować „jako wykonywanie dotychczasowej pracy w ramach prowadzenia działalności gospodarczej”. Pełnomocnictwo udzielone synowi ubezpieczonego do prowadzenia w jego zastępstwie spraw firmy nie zmieniło - wbrew twierdzeniom ubezpieczonego - zakresu czynności przez niego realizowanych. Należało zatem uznać, że czynności te wypełniły dyspozycję art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej, a pobrane świadczenia nie powinny zostać wypłacone. Jednocześnie Sąd ten uznał, iż zgodnie z art. 84 ust. 3 ustawy systemowej - termin do dochodzenia zwrotu świadczenia biegnie od daty wypłaty zasiłku, a nie od daty zwolnienia lekarskiego. W konsekwencji, wydając zaskarżoną decyzję organ rentowy nie naruszył wskazanego przepisu ustawy, skoro od daty wypłaty zasiłku (8 listopada 2002 r.) do daty wydania decyzji nie upłynęło więcej niż 3 lata. Zdaniem Sądu drugiej instancji, dla oceny zachowania tego terminu nie miała znaczenia data doręczenia decyzji ubezpieczonemu, gdyż „w tym przypadku decyduje data z jaką ZUS wystąpił o zwrot świadczenia”.

W skardze kasacyjnej pełnomocnik ubezpieczonego podniósł zarzut naruszenia następujących przepisów prawa materialnego: 1/ art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej przez jego błędną wykładnię polegającą na przyjęciu, że podpisanie przez skarżącego w ciągu całego okresu pobierania świadczeń kilku dokumentów formalnoprawnych świadczy o wykonywaniu przez niego pracy w rozumieniu tego przepisu i powoduje utratę prawa do świadczeń z ubezpieczenia społecznego, 2/ art. 84 ust. 3 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych przez jego błędną wykładnię, polegającą na przyjęciu, że termin dochodzenia zwrotu zasiłku biegnie od daty jego pobrania, jak również, że wydanie samej tylko decyzji przez organ rentowy nakazującej zwrot nienależnie pobranego świadczenia przed upływem określonego w tym przepisie terminu zawitego powoduje jego przerwanie i możliwość żądania zwrotu świadczeń. Skarżący powołał się także na naruszenie przepisów prawa procesowego, w szczególności: 1/ art. 328 § 2 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c., poprzez brak przytoczenia w uzasadnieniu orzeczenia Sądu Okręgowego stanu faktycznego ustalonego przez ten Sąd, co nabiera doniosłego znaczenia wobec poczynionych w rozważaniach

Sądu ustaleniach niezgodnych z ustaleniami faktycznymi Sądu pierwszej instancji, 2/ art. 379 pkt 3 k.p.c., poprzez orzekanie w sprawie dotyczącej przyznania świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 2 września 2003 r. do 21 grudnia 2005 r., co zostało już prawomocnie osądzone wyrokiem Sądu Okręgowego w K. z dnia 17 maja 2005 r. Jako okoliczność uzasadniająca przyjęcie skargi do rozpoznania skarżący wskazał na potrzebę dokonania prawidłowej wykładni art. 84 ust. 3 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz ustalenia zakresu pojęcia „praca zarobkowa” w rozumieniu art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej, który budzi poważne wątpliwości i wywołuje rozbieżności w orzecznictwie sądów, w tym także Sądu Najwyższego.

Zdaniem skarżącego, ocena tego, czy w świetle art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej wykonywanie pracy w ramach prowadzonej działalności gospodarczej przez przedsiębiorcę powoduje utratę prawa do świadczeń z zakresu ubezpieczeń społecznych nie może pozostać w oderwaniu od okoliczności konkretnego przypadku, a zwłaszcza charakteru czynności wykonywanych w ramach prowadzonej działalności oraz możliwego ich wpływu na proces leczenia i rehabilitacji. Bezkrytyczne przyjęcie przez Sąd drugiej instancji, że „pracą zarobkową” jest każda aktywność ludzka zmierzająca do osiągnięcia zarobku, w tym pozarolnicza działalność gospodarcza, choćby nawet polegająca na czynnościach nieobciążających w istotny sposób organizmu przedsiębiorcy i „zarazem pracownika pozostającego na zwolnieniu lekarskim”, prowadziłyby do absurdalnych wniosków, że czasowa niezdolność do pracy jednoosobowego przedsiębiorcy powoduje konieczność zaprzestania wykonywania przez niego jakichkolwiek czynności związanych z funkcjonowaniem firmy, a w efekcie do likwidacji przedsiębiorstwa lub co najmniej zawieszenia prowadzonej działalności na czas choroby. Dlatego konieczne jest rozróżnienie pomiędzy „pracą” odnoszącą się do ubezpieczonego będącego pracownikiem, a „pracą” ubezpieczonego przedsiębiorcy. Ubezpieczony przedsiębiorca nie jest ubezwłasnowolniony z powodu pobierania świadczeń, a do tego zmierza interpretacja pojęcia „praca”, dokonana w zaskarżonym orzeczeniu Sądu drugiej instancji. Podkreślenia wymaga też fakt, że Sąd ten utrzymał decyzję organu rentowego w zakresie zwrotu

pobranym świadczeń także za okres pobytu skarżącego w sanatorium, kiedy ten w żaden sposób nie mógł świadczyć pracy.

W ocenie skarżącego, użycie w art. 84 ust. 3 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych zwrotu „za okres” w odniesieniu do pobranych świadczeń wskazuje, że ustawodawca chciał związać bieg tego terminu nie z momentem wypłaty świadczenia, ale z okresem niezdolności do pracy, za który wypłata nastąpiła. Termin ten ma charakter terminu zawitego, a nie jest to termin przedawnienia. Ustawa nie wiąże z momentem wydania decyzji żadnych skutków prawnych, w szczególności nie przewiduje, że okres 3 lat jest okresem na wydanie decyzji o zwrocie. Stanowi zaś, że po upływie tego okresu „nie można żądać zwrotu”. W konsekwencji Sąd orzekający w sprawie odwołania, który przyjmuje stan rzeczy istniejący w chwili zamknięcia rozprawy (art. 316 § 1 k.p.c.), musi zmienić decyzję organu rentowego przewidującą zwrot nienależnie pobranych świadczeń i uwzględnić odwołanie ubezpieczonego, w momencie gdy w dniu zamykania rozprawy upłynął już termin z art. 84 ust. 3 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, choćby nawet w dniu wydania decyzji organ rentowy nie uchybił temu terminowi.

Skarżący podniósł także, że z braku zarzutów apelacji dotyczących prawa procesowego można by przyjąć, że Sąd Okręgowy podzielił ocenę materiału dowodowego poczynioną przez Sąd pierwszej instancji i przyjął jego ustalenia w tym zakresie „za swoje”. Tymczasem ustalenie poczynione przez Sąd drugiej instancji, stwierdzające arbitralnie „...to jednak pełnomocnictwo takie wbrew temu co twierdził odwołujący nie zmieniło zakresu czynności realizowanych przez wnioskodawcę”, pozostaje całkowicie poza możliwością oceny wobec braku powołania jakichkolwiek dowodów, na których zostało ono oparte, przez co narusza art. 328 § 2 k.p.c. w związku z art. 391 § 2 k.p.c. Co więcej pozostaje ono w sprzeczności z treścią uzasadnienia Sądu Rejonowego i z zebrany materiał dowodowy.

Odnosnie do zarzutu naruszenia art. 379 pkt 3 k.p.c. skarżący wskazał, że Sąd drugiej instancji oddalając odwołanie i utrzymując zaskarżoną decyzję organu rentowego orzekł w sprawie prawomocnie już osądzonej, gdyż nie wziął pod uwagę treści tejże decyzji zbieżnej zakresowo z treścią prawomocnego wyroku Sądu

Okręgowego w K. z dnia 17 maja 2005 r., w którym przyznano skarżącemu prawo do świadczenia rehabilitacyjnego. Organ rentowy w żadnym razie nie był władny do odmiennego rozstrzygnięcia w tym samym stanie podmiotowym i przedmiotowym zakresie wynikającym z prawomocnego wyroku sądowego.

W konsekwencji skarżący wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości, przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu i rozstrzygnięcie o kosztach postępowania za wszystkie instancje, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i orzeczenie co do istoty sprawy poprzez oddalenie apelacji w całości i zasądzenie na rzecz skarżącego zwrotu kosztów postępowania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna nie ma usprawiedliwionych podstaw prawnych co do zasady, jednak Sąd Najwyższy uchylił zaskarżony wyrok i sprawę przekazał do ponownego rozpoznania z następujących przyczyn. Odnosząc się w pierwszym rzędzie do najdalej idącego proceduralnego zarzutu nieważności postępowania (art. 379 pkt 3 k.p.c.), Sąd Najwyższy zwrócił uwagę, iż Sądy obu instancji w komparacjach wydanych wyroków istotnie błędnie określiły rozpoznawaną sprawę jako spór „o zasiłek chorobowy i świadczenie rehabilitacyjne”, być może sugerując się wstępną treścią zaskarżonej decyzji z dnia 28 października 2005 r., w której organ rentowy „odmówił” ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego, tyle że w istocie rzeczy była to decyzja o utracie prawa do tych świadczeń wydana na podstawie art. 17 ust. 1 oraz art. 22 ustawy zasiłkowej, które przewidują utratę prawa do tych świadczeń w razie wykonywania pracy zarobkowej w okresie niezdolności do wykonywania pracy lub pozarolniczej działalności. Równocześnie w zaskarżonej decyzji organ rentowy przypisał i zobowiązał ubezpieczonego do zwrotu kwot utraconych przez ubezpieczonego świadczeń, razem z należnymi odsetkami. W konsekwencji przedmiotowa sprawa powinna być prawidłowo zakwalifikowana jako spór o zwrot utraconych *ex lege* (z mocy wyżej powołanych przepisów), świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Pomimo takiej błędnej formuły przedmiotu osądu, a nawet oczywiście błędnej sentencji wyroku Sądu pierwszej instancji, który w pkt 1 zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznał ubezpieczonemu prawo do zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego i to w sytuacji, gdy ze skargi kasacyjnej wynika, iż przysługiwanie

ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 4 czerwca 2003 r. do 31 grudnia 2003 r. zostało potwierdzone innym prawomocnym wyrokiem Sądu Okręgowego-Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w K. z dnia 17 maja 2005 r. w sprawie V U .../04, to ten przywołany wyrok korzysta z powagi rzeczy osądzonej tylko co do tego, co w związku z podstawą sporu stanowiło przedmiot rozstrzygnięcia (art. 366 k.p.c.). Ponieważ w aktach rozpoznawanej sprawy nie ma tego prawomocnego wyroku, to przy ponownym rozpoznaniu sprawy należy w pierwszym rzędzie zbadać jego *rei iudicatae*. Jak można się jedynie domyślać, podstawa tamtej prawomocnie osądzonej sprawy dotyczyła przysługiwania prawa do spornego świadczenia, a nie kwestii zwrotu utraconego świadczenia na podstawie art. 22 ustawy zasiłkowej. W tym zakresie Sąd Najwyższy wyraził pogląd, że prawomocny wyrok sądu ubezpieczeń społecznych przyznający ubezpieczonemu prawo do świadczenia rehabilitacyjnego nie korzysta z powagi rzeczy osądzonej w sprawie o zwrot utraconego prawa do tego świadczenia z powodu niezaprzestania prowadzenia pozarolniczej działalności w okresie orzeczonej niezdolności do prowadzenia tej działalności, jeżeli okoliczności te zostały ujawnione już po wydaniu tego wyroku.

Równocześnie jednak Sądy pierwszej i drugiej instancji oparły swoje rozstrzygnięcia na analizie art. 17 i 22 ustawy zasiłkowej, które dotyczą utraty prawa do tych wcześniej pobranych przez ubezpieczonego świadczeń, a zatem nie oparły wydanych wyroków na podstawie przepisów tej ustawy o przysługiwaniu prawa do zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego. Oznacza to, że Sądy obu instancji w istocie rzeczy rozpoznawały sprawę o zwrot utraconych świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Sprawa ta wynikła ze wszczęcia przez organ rentowy kontroli po ujawnieniu okoliczności, jakie mogły prowadzić do stwierdzenia utraty prawa do pobranych przez ubezpieczonego świadczeń z ubezpieczenia społecznego z uwagi na prowadzenie przez niego pozarolniczej działalności w okresie korzystania z tych świadczeń. O takim charakterze (naturze) sprawy świadczy odebranie od

ubezpieczonego ustnych wyjaśnień w tym nowym spornym zakresie w dniu 8 września 2005 r., co nastąpiło po dacie wydania prawomocnego wyroku Sądu Okręgowego-Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w K. z dnia 17 maja 2005 r., w sprawie V U .../04 o świadczenie rehabilitacyjne. Ten nowy sporny zakres

zapoczątkowało wydanie zaskarżonej decyzji z dnia 28 października 2005 r., w której organ rentowy wyraźnie zobowiązał ubezpieczonego do zwrotu pobranych świadczeń z ubezpieczenia społecznego, które ubezpieczony utracił z mocy art. 17 i 22 ustawy zasiłkowej w związku z nie powstrzymaniem się od prowadzenia pozarolniczej działalności w okresie orzeczonej niezdolności od jej prowadzenia oraz pobierania z tego tytułu zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego.

Wstępnie dla prawidłowego rozpoznania spornego zakresu utraty prawa do tych pobranych świadczeń istotne jest zweryfikowanie daty doręczenia ubezpieczonemu decyzji z dnia 28 października 2005 r. zobowiązującej go do zwrotu nienależnych, bo utraconych świadczeń z mocy art. 17 ust. 1 i art. 22 ustawy zasiłkowej. Zgodnie bowiem z art. 84 ust. 3 ustawy systemowej, zwrotu takich świadczeń można żądać za okres nie dłuższy niż 3 lata od daty wydania i doręczenia ubezpieczonemu tej decyzji. Okoliczności i termin doręczenia ubezpieczonemu zaskarżonej decyzji nie zostały w sprawie zweryfikowane przez Sąd drugiej instancji, a są one istotne z punktu widzenia prawidłowego określenia zakresu zobowiązania do zwrotu utraconych świadczeń, który nie może sięgać wstecz za okres dłuższy niż 3 lata od daty wydania i doręczenia spornej decyzji. W tym zakresie Sąd drugiej instancji wskazał jedynie, iż wypłata pierwszego zasiłku chorobowego nastąpiła 8 listopada 2002 r., ale bezzasadnie uznał, iż dla zachowania przez organ rentowy okresu 3 lat z art. 84 ust. 3 ustawy systemowej bez znaczenia była data doręczenia ubezpieczonemu spornej decyzji, przyjmując, że „decyduje bowiem w tym przypadku data z jaką ZUS wystąpił o zwrot świadczenia”. Tymczasem trafne jest stanowisko skarżącego, iż decyzja organu rentowego w sprawie ustalenia uprawnień z ubezpieczenia społecznego (art. 83 ust. 1 pkt 4 ustawy systemowej), dotycząca w rozpoznawanej sprawie zobowiązania do zwrotu pobranych świadczeń, nie mogła wywołać skutku prawnego przed datą umożliwiającą ubezpieczonemu zapoznanie się z treścią wydanej decyzji. Oznacza, że organ rentowy mógł żądać od ubezpieczonego zwrotu utraconych świadczeń z ubezpieczenia społecznego za okres nie dłuższy niż 3 lata, licząc wstecz od daty wydania i doręczenia decyzji zobowiązującej do zwrotu tych nienależnie pobranych, bo utraconych z mocy art. 17 ust. 1 i art. 22 świadczeń. Wymaga to skrupulatnego wyjaśnienia terminu, w którym ubezpieczony prowadzący stałą pozarolniczą

działalność mógł zapoznać się z treścią decyzji z dnia 28 października 2005 r., a w szczególności tego, czy stał temu na przeszkodzie jego wyjazd zagraniczny, jak zdaje się uznać Sąd pierwszej instancji, przyjmując w uzasadnieniu swego wyroku, że „decyzja została skutecznie doręczona w dniu 16 marca 2006 r. co wynika z adnotacji pracownika ZUS”.

Natomiast pozostałe zarzuty skargi kasacyjnej nie są usprawiedliwione. Chybiony jest zarzut proceduralny zarzut kasacyjny naruszenia art. 328 § 2 w związku z art. 391 k.p.c., poprzez rzekome niewskazanie stanu faktycznego, jaki Sąd drugiej instancji uznał za ustalony. Tymczasem z uzasadnienia wyroków Sądów obu instancji wynika jednoznacznie, że cała aktywność zawodowa ubezpieczonego, prowadzącego pozarolniczą działalność polegającą do wynajmowaniu handlowych lokali użytkowych, ograniczała się do wystawienia kilku dokumentów miesięcznie oraz że prowadzenia tego rodzaju „aktywności zawodowej” ubezpieczony nie zaprzestał w okresie korzystania ze zwolnień lekarskich, ponieważ „w miesiącu podpisywał od 2-ch do 5-ciu faktur”. Stan taki potwierdziła nawet żona ubezpieczonego, zeznając na rozprawie w dniu 26 października 2006 r., że „mąż w czasie zwolnienia wykonywał takie same czynności jak w okresie kiedy był zdrowy” (k. 44 v. akt sądowych). Pozwalało to uznać stan faktyczny sprawy za „bezsportny”. Takie wiążące Sąd Najwyższy ustalenia faktyczne o kontynuowaniu w nieumniejszonym zakresie pozarolniczej działalności skarżący bezpodstawnie usiłuje minimalizować, a nawet bagatelizować. Tymczasem podpisywanie przez prowadzącego pozarolniczą działalność rachunków to nie tylko złożenie samego podpisu, ale także proces myślowy, który obejmuje koncepcyjną analizę treści sygnowanych dokumentów pozostających w związku z prowadzoną pozarolniczą działalnością. Jeżeli zatem w rozpoznawanej sprawie niespornie ustalono, że faktyczna aktywność zawodowa ubezpieczonego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności zarobkowego wynajmu handlowych lokali użytkowych polega wyłącznie na comiesięcznym wystawianiu kilku rachunków, to kontynuowanie tej działalności w takim samym (nieumniejszonym) zakresie w okresie korzystania z zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego prowadziło do utraty prawa do pobranych świadczeń za cały okres niezdolności do wykonywania tej działalności (*ex lege* z art. 17 ust. 1 i art. 22

ustawy zasiłkowej). Trzeba mieć na uwadze, iż świadczenia z chorobowego ubezpieczenia społecznego mają przecież rekompensować straty w uzyskiwanych dochodach z prowadzonej pozarolniczej działalności, przeto niedopuszczalne jest pobieranie takich świadczeń (połączone przecież 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. Równocześnie jednak decyzja zobowiązująca do zwrotu takich utraconych *ex lege* świadczeń nie może obejmować żądania zwrotu świadczeń wypłaconych przed upływem 3 lat, licząc wstecz od daty jej wydania i doręczenia ubezpieczonemu (art. 84 ust. 3 ustawy systemowej).

Mając powyższe na uwadze Sąd Najwyższy wyrokował w zgodzie z art. 398¹⁵ § 1 k.p.c.