

Sygn. akt I UK 66/17

POSTANOWIENIE

Dnia 7 grudnia 2017 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Zbigniew Myszka

w sprawie z odwołania A.D.
przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w C.
o zasiłek chorobowy i świadczenie rehabilitacyjne,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy, Ubezpieczeń
Społecznych i Spraw Publicznych w dniu 7 grudnia 2017 r.,
skargi kasacyjnej ubezpieczonej od wyroku Sądu Okręgowego - Sądu Pracy i
Ubezpieczeń Społecznych w K.
z dnia 16 września 2016 r., sygn. akt X Ua (...),

**odmawia przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania i
zasądza od skarżącej na rzecz pozwanego kwotę 240 (dwieście
czterdzieści) zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego
w postępowaniu kasacyjnym.**

UZASADNIENIE

Sąd Okręgowy w K. X Wydział Ubezpieczeń Społecznych - Sekcja
Drugoinstancyjna wyrokiem z dnia 16 września 2016 r. oddalił apelację
ubezpieczonej A.D. od wyroku Sądu Rejonowego - Sądu Pracy i Ubezpieczeń
Społecznych w S. z dnia 17 grudnia 2015 r., oddalającego jej odwołanie od decyzji
Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w C. z dnia 13 listopada 2012 r.
odmawiającej przyznania ubezpieczonej prawa do zasiłku chorobowego za okresy
od 4 października 2010 r. do 3 kwietnia 2011 r., od 16 do 24 czerwca 2012 r., od 16
lipca do 3 sierpnia 2012 r., świadczenia rehabilitacyjnego za okresy od 4 do 30

kwietnia 2011 r. i od 1 września do 31 października 2011 r., a także zobowiązującej do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń za powyższe okresy wraz z odsetkami w łącznej kwocie 46.938,12 zł.

W sprawie tej ustalono, że ubezpieczona prowadzi jednoosobowo działalność gospodarczą, której przedmiotem jest świadczenie usług w zakresie pośrednictwa ubezpieczeniowego. W ramach tej działalności zawarła w roku 2001 umowę z W. S.A, na mocy której jako agent ubezpieczeniowy świadczyła usługi pośrednictwa ubezpieczeniowego oraz była zobowiązana w imieniu lub na rzecz ubezpieczyciela pozyskiwać klientów, wykonywać czynności przygotowawcze zmierzające do zawarcia umów ubezpieczenia, zawierać takie umowy, uczestniczyć w administrowaniu i wykonywaniu umów ubezpieczenia oraz wykonywać czynności agencyjne szczegółowo wymienione w umowie agencyjnej. Czynności te ubezpieczona mogła wykonywać we wskazanych przez siebie lokalach lub w innym miejscu umówionym z klientem, osobiście lub przez osobę wykonującą czynności agencyjne w imieniu agenta, spełniającą wymogi określone w ustawie o pośrednictwie ubezpieczeniowym i zgłoszonej przez W. do rejestru prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego. W marcu 2010 r. ubezpieczona zgłosiła dwie takie osoby - swoje córki: A.D. (obecnie Ł.) oraz A.D.. A.Ł. także prowadziła własną działalność gospodarczą, której przedmiotem było pośrednictwo ubezpieczeniowe oraz usługi transportowe i prowadzenie sklepu.

Począwszy od 4 października 2010 r. ubezpieczona była nieprzerwanie niezdolna do pracy przez okres 182 dni z powodu podejrzenia miastemii. Na drukach zwolnień lekarskich (druki ZUS ZŁA) lekarz specjalista chorób wewnętrznych i medycyny społecznej zaznaczał, że chora „może się poruszać”. Zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego ubezpieczona pozostawała pod kontrolą neurologa, który prowadził leczenie w kierunku podejrzenia miastemii rzekomoporażnej i zaburzeń krążenia mózgowego. Ostatni raz ubezpieczona była na wizycie u neurologa w kwietniu 2011 r. Neurolog zalecał ubezpieczonej stosowanie leków „naczyniowych” oraz spokojny i bez stresów tryb życia.

Po wyczerpaniu okresu zasiłkowego, decyzjami z 3 czerwca 2011 r., 10 sierpnia 2011 r. oraz 4 stycznia 2012 r. organ rentowy przyznał ubezpieczonej prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na łączny okres od 4 kwietnia 2011 r. do

28 marca 2012 r. w celu konieczności dalszej diagnostyki neurologicznej i naczyniowej. W okresie orzeczonej niezdolności do pracy ubezpieczona A.Ł. zawierała w jej imieniu umowy ubezpieczenia z jej klientami, którzy zgłaszali się do lokalu W. w K.. Nie chcąc stracić klientów, umowy takie zawierała z nimi w okresie orzeczonej niezdolności do pracy także sama ubezpieczona. Dochód z tego tytułu ubezpieczona przekazywała A.Ł., na podstawie faktur, które ta wystawiała ubezpieczonej w ramach jej działalności.

Za rok 2010 ubezpieczona wykazała w Urzędzie Skarbowym dochód z tytułu działalności gospodarczej w wysokości 23.420,26 zł, a za rok 2011 w wysokości 3.497,00 zł. W okresie od października 2010 r. do sierpnia 2012 r. do W. wpłynęło ponad 5.637 umów ubezpieczenia zawartych w ramach umowy łączącej ubezpieczoną z tym towarzystwem ubezpieczeniowym (średnio 245 umów miesięcznie).

W dniach od 9 do 10 września 2011 r. oraz od 3 do 10 października 2011 r. ubezpieczona brała udział w wycieczkach turystycznych do Rosji i Wietnamu. Przed wyjazdem zagranicznym ubezpieczona kontaktowała się infolinią ZUS, pytając, czy pobieranie świadczenia rehabilitacyjnego stoi na przeszkodzie uczestnictwu w turystycznych wyjazdach zagranicznych. Uzyskała wówczas informację, że jeśli dobrze się czuje i lekarz nie widzi przeciwwskazań do odbycia tego typu podróży, to może w nich uczestniczyć. Ubezpieczona nie zasięgała jednak opinii na temat ewentualnych przeciwwskazań do podróży u lekarzy ją leczących. Nie kryła przed lekarzem prowadzącym, że nosi się z zamiarem takich wyjazdów, gdy konsultowała z kwestię szczepień. Lekarz ta odradziła ubezpieczonej wykonanie szczepień z uwagi na niezdiagnozowane do końca schorzenia neurologiczne, nie miała jednak wiedzy, czy ubezpieczona konsultowała planowane wyjazdy z neurologiem, co w jej ocenie było istotne.

Sądy obydwu instancji uznały odwołanie ubezpieczonej za bezzasadne. Sąd drugiej instancji uzupełnił postępowanie dowodowe, ustalając dodatkowo, że w okresie od października 2011 r. do marca 2012 r. A.Ł. samodzielnie prowadziła działalność gospodarczą, nie zgłaszając do ubezpieczeń społecznych żadnych pracowników. Argumentował, że córka ubezpieczonej, która w spornym okresie wykonywała działalność gospodarczą (której nie zawiesiła) nie zatrudniała

pracowników, nie miała doświadczenia w działalności ubezpieczeniowej, przeto nie mogła samodzielnie zawierać ok. 250 umów miesięcznie. Z powyższego, jak również z opinii biegłych grafologów wynikało, że część umów z zawartych w spornym okresie była podpisana przez ubezpieczoną, co świadczyło o wykonywaniu przez nią działalności zarobkowej. Fakt zawierania takich umów także przez jej córkę A.D. nie niweczył ustaleń o kontynuowaniu pozarolniczej działalności przez samą ubezpieczoną w okresie zwolnień lekarskich.

Ponadto dolegliwości chorobowe oraz trwający proces diagnozowania schorzeń ubezpieczonej były przeciwwskazaniem do dojazdu podróży lotniczych, w tym wyjazdów połączonych ze zmianą stref czasowych i klimatycznych. Dlatego Sąd drugiej instancji zasadnym uznał zasadność zastosowanie art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (jednolity tekst: Dz.U. z 2017 r., poz. 1368 ze zm., dalej ustawa zasiłkowa) i pozbawienia ubezpieczonej świadczeń za cały okres niezdolności do pracy, a w konsekwencji potwierdził zobowiązanie do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń.

W skardze kasacyjnej ubezpieczona zarzuciła naruszenie: 1/ art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej przez błędną wykładnię i przyjęcie, że pracą zarobkową jest praca przynosząca przychód, podczas gdy prawidłowa wykładnia wyżej wymienionego przepisu prowadzi do wniosku, że praca zarobkowa wykonywana jest wówczas gdy wykonujący ją osiąga dochód, a nadto przez uznanie, że w przypadku pobierania zasiłku chorobowego ubezpieczona nie może wykonywać żadnych czynności, 2/ art. 227 w związku z art. 286 k.p.c. przez oddalenie wniosku o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z opinii zespołu biegłych z C. w W. w związku z wydaniem w sprawie dwóch niespójnych opinii przez dwie biegłe oraz oddaleniem wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii prywatnych złożonych przez ubezpieczoną do akt sprawy sporządzonych przez specjalistę z C., które całkowicie odmiennie oceniły wartość dowodową materiału przedstawionego przez organ rentowy, podczas, gdy taki dowód i kontrola poprawności sporządzonych na potrzeby postępowania opinii biegłych wydawała się zasadna na tle różnic we wnioskach formułowanych przez biegłe, które wydały opinie bez pobrania próbek pisma od skarżącej i A.Ł. , a „także wydały opinię w oparciu o porównanie paraf z

pełnymi, czytelnymi podpisami, podczas gdy parafy noszą znikome cechy identyfikacyjne, a możliwość nakreślenia danej parafy leży w możliwościach psychomotorycznych większej liczby osób”.

Skarżąca sformułowała w sprawie występuje istotne zagadnienie prawne, „czy pojęcie pracy zarobkowej sformułowane w przepisie art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej należy rozumieć jako pracę przynoszącą dochód, czy też wystarczający jest wyłącznie przychód” oraz twierdziła, że skarga kasacyjna jest oczywiście uzasadniona w związku z naruszeniem art. 227 w związku z art. 286 k.p.c. Wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi drugiej instancji do ponownego rozpoznania oraz zasądzenia od organu rentowego na rzecz skarżącej kosztów postępowania za wszystkie instancje i za postępowanie kasacyjne, według norm przepisanych.

W odpowiedzi na skargę kasacyjną organ rentowy wniósł o wydanie postanowienia o odmowie przyjęcia skargi do rozpoznania, albo o jej oddalenie i zasądzenie od skarżącej kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu kasacyjnym według norm przepisanych.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna jest oczywiście bezzasadna, przeto nie zasługuje na przyjęcie do merytorycznego rozpoznania. Warunkiem skuteczności wniosku o przyjęcie skargi kasacyjnej do rozpoznania w związku z występowaniem w sprawie istotnego zagadnienia prawnego jest przedstawienie problemu o charakterze abstrakcyjnym, dotychczas nierozstrzygniętego w orzecznictwie lub wymagającego pogłębionej wykładni przepisów prawa. Takim zagadnieniem prawnym jest zagadnienie, które wiąże się z określonymi przepisami prawa materialnego lub procesowego, których wyjaśnienie ma nie tylko znaczenie dla rozstrzygnięcia konkretnej sprawy, lecz także dla rozstrzygnięcia innych podobnych spraw. Przedstawienie zagadnienia prawnego uzasadniającego wniosek o merytoryczne rozpoznanie skargi kasacyjnej powinno nastąpić przez sformułowanie problemu prawnego wymagającego rozstrzygnięcia, określenia przepisów prawa, w związku z którymi powstało, i powołania argumentów, które prowadzą do rozbieżnych ocen.

Dopiero wtedy Sąd Najwyższy ma podstawę do oceny, czy przedstawione zagadnienie jest rzeczywiście zagadnieniem „prawnym” i to „istotnym” (por. postanowienia Sądu Najwyższego: z 10 września 2014 r., I CSK 729/13, LEX nr 1532950; z 2 grudnia 2014 r., II CSK 376/14, LEX nr 1622307).

Tymczasem Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 23 kwietnia 2013 r., I UK 606/12, wskazał, że wykonywanie czynności mogących przedłużyć okres niezdolności do pracy zawsze stanowi wykorzystywanie zwolnienia niezgodnie z jego celem, którym jest odzyskanie przez ubezpieczonego zdolności do pracy. Taką przeszkodą może być zarówno wykonywanie pracy zarobkowej (co przesądził ustawodawca), jak i inne zachowania ubezpieczonego utrudniające proces leczenia i rekonwalescencję. Bez znaczenia jest zatem, czy wykonywana praca przynosiła dochód, czy przychód i w jakiej wysokości. Tym samym na gruncie miarodajnych ustaleń faktycznych zaskarżonego wyroku skarżąca nie wykazała istnienia istotnego zagadnienia prawnego, które budziłoby jakiejkolwiek wątpliwości interpretacyjne wymagające merytorycznej interwencji kasacyjnej ze strony najwyższej instancji sądowej.

Nie można również zgodzić się z twierdzeniem skarżącej o rzekomej oczywistej zasadności skargi. Powołanie się na przesłankę oczywistego naruszenia prawa wymaga wykazania kwalifikowanej postaci takiego zarzutu, polegającej na jej oczywistości widocznej *prima facie* od razu przy wykorzystaniu podstawowej wiedzy prawniczej i bez potrzeby uzupełniania materiału dowodowego (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2003 r., V CZ 187/02, OSNC 2004 nr 3, poz. 49). Oznacza to, że pojęcie „oczywistego” naruszenia prawa należy do sfery obiektywnej i wymaga wykazania, że podniesione zarzuty podstaw zaskarżenia były ewidentnie uzasadnione bez potrzeby dokonywania szczegółowej lub ponownej weryfikacji kontestowanych ustaleń o podpisywaniu przez skarżącą umów ubezpieczeniowych z klientami w okresie pobierania przez nią zasiłku chorobowego ani też jej dwóch wyjazdów zagranicznych w okresie pobierania świadczeń bez stosownej konsultacji lekarskiej. Takiej kwalifikowanej wady zaskarżone orzeczenie nie zawiera, a w szczególności jego uzasadnienie wyjaśniło należycie podstawę faktyczną i prawną prawidłowego wyrokowania. Sąd Najwyższy, jako „sąd prawa”, jest związany ustaleniami faktycznymi dokonanymi

przez Sąd drugiej instancji (art. 398³ § 3 i art. 398¹³ § 2 k.p.c.). Wobec trapiących skarżącą schorzeń nie budzą najmniejszych wątpliwości oceny Sądów *meriti*, że długodystansowe wycieczki samolotowe pozostawały w oczywistej sprzeczności z leczeniem diagnozowanych schorzeń o naturze neurologicznej, zwłaszcza bez wyraźnej lub zalecanej zgody lekarzy leczących diagnozowane schorzenia skarżącej na odbycie dalekodystansowych podróży lotniczych i to połączonych ze zmianą stref czasowych i klimatycznych. Wobec potwierdzenia wymienionych zdarzeń oczywiście sprzecznych z celem długotrwałych zwolnień lekarskich bez znaczenia było przeprowadzanie kolejnych grafologicznych dowodów dla ustalenia osoby, która miała za skarżącą zawierać lub podpisywać „masowo” liczne dokumenty ubezpieczenia w okresie korzystania przez nią ze zwolnień lekarskich, zwłaszcza że sądy nie mają obowiązku uwzględniania kolejnych wniosków dowodowych strony tak długo, aż udowodni ona korzystną dla siebie stanowisko i pomijają je od momentu dostatecznego wyjaśnienia spornych okoliczności sprawy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 marca 1997 r., II UKN 45/97, OSNAPiUS 1998 nr 1, poz. 24).

Mając powyższe na uwadze Sąd Najwyższy postanowił jak w sentencji na podstawie art. 398⁹ § 2 k.p.c., orzekając o kosztach postępowania kasacyjnego w zgodzie z art. 98 § 1 k.p.c.

as