



## **WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 6 lutego 2024 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Romualda Spyt (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Halina Kiriło

SSN Krzysztof Staryk

w sprawie z odwołania Ł.B.  
przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w Z.  
o zasiłek chorobowy,  
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń  
Społecznych w dniu 6 lutego 2024 r.,  
skargi kasacyjnej ubezpieczonego od wyroku Sądu Okręgowego - Sądu Pracy  
i Ubezpieczeń Społecznych w Katowicach  
z dnia 21 czerwca 2022 r., sygn. akt XI Ua 24/22,

**uchyla zaskarżony wyrok i sprawę przekazuje Sądowi  
Okręgowemu w Katowicach do ponownego rozpoznania i  
orzeczenia o kosztach postępowania kasacyjnego.**

[az]

## **UZASADNIENIE**

Odwołujący się Ł.B. wniósł odwołanie od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w Z. z dnia 12 września 2018 r. odmawiającej mu prawa do

zasiłku chorobowego z funduszu chorobowego za okres od 25 kwietnia 2018 r. do 4 lipca 2018 r. oraz zobowiązującej go do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego za okresy: od 6 listopada do 13 grudnia 2015 r., od 22 grudnia 2015 r. do 8 czerwca 2016 r., od 24 czerwca do 3 lipca 2016 r., od 29 lipca do 2 października 2016 r., od 27 października 2016 r. do 4 kwietnia 2017 r., od 20 kwietnia do 17 maja 2017 r., od 19 maja do 20 czerwca 2017 r., od 28 czerwca do 6 sierpnia 2017 r., od 5 września 2017 r. do 5 marca 2018 r. wraz z odsetkami w łącznej kwocie 182 192,38 zł.

Wyrokiem z dnia 31 stycznia 2022 r. Sąd Rejonowy w Chorzowie oddalił odwołanie.

Sąd Okręgowy w Katowicach, wyrokiem z dnia 21 czerwca 2022 r., oddalił apelację odwołującego się od wyroku Sądu Rejonowego i rozstrzygnął o kosztach postępowania apelacyjnego.

W sprawie ustalono, że odwołujący się od 7 lutego 2012 r. prowadzi działalność gospodarczą. W okresach od 7 lutego 2012 r. do 31 marca 2013 r. i od 24 marca 2014 r. do 15 marca 2015 r. podlegał z tego tytułu obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym i dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Od 1 kwietnia 2013 r. do 23 marca 2014 r. i od 16 marca 2015 r. do 29 września 2015 r. odwołujący się zawiesił działalność gospodarczą, a następnie wznowił ją z dniem 30 września 2015 r., zgłaszając się jednocześnie do ubezpieczeń społecznych, w tym do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Z tytułu działalności gospodarczej w 2012 r. odwołujący się osiągnął stratę w wysokości 25.608,52 zł. W 2013 r. uzyskał dochód w kwocie 732 zł, dokonując jednej transakcji, w 2014 r. osiągnął dochód 7.705,86 zł z tytułu trzech transakcji. Odwołujący się „na podstawie jednej faktury” w 2015 r. osiągnął dochód w wysokości 2.951,69 zł. W 2016 r. nie wykazał żadnych przychodów ani wydatków. Z kolei w 2017 r., dokonując jednej transakcji, osiągnął przychód i dochód w wysokości 4.000 zł, nie ponosząc przy tym żadnych kosztów. W 2018 r. osiągnął dochód w wysokości 35.839,52 zł.

Deklarowana podstawa wymiaru składek odwołującego się na ubezpieczenia społeczne z tytułu prowadzenia działalności w marcu 2014 r. była minimalna i wynosiła 2.322 zł, w kwietniu 2014 r. została maksymalnie podwyższona do 9.000 zł,

bowiem w okresie od 7 maja 2014 r. do 4 listopada 2014 r. ubezpieczony korzystał nieprzerwanie z zasiłku chorobowego. W kolejnych miesiącach od listopada 2014 r. do marca 2015 r. podstawa wymiaru składek znów była najniższa, a po zgłoszeniu wznowienia działalności gospodarczej wzrosła ponownie do maksymalnej wysokości, tj. 9.850 zł w październiku 2015 r. Następnie od 6 listopada 2015 r. odwołujący się ponownie był na zwolnieniu chorobowym. W trakcie przerw w niezdolności do pracy od 14 do 21 grudnia 2015 r., od 9 do 23 czerwca 2016 r., od 4 do 28 lipca 2016 r., od 3 do 26 października 2016 r., od 5 do 19 kwietnia 2017 r. i od 21 do 27 czerwca 2017 r. odwołujący się nie osiągał żadnych przychodów z działalności gospodarczej. W 2014 r. odwołujący się pobrał łącznie 37.692,20 zł z tytułu zasiłków chorobowych, w 2015 r. - po wznowieniu działalności gospodarczej – 10.879,68 zł, w 2016 r. – 68.281,31 zł, w 2017 r. – 70.151,20 zł, a w 2018 r. – 14.506,24 zł. Od marca 2018 r. odwołujący się zadeklarował ponownie najniższą podstawę wymiaru składek. Jedynym jego obciążeniem z tytułu prowadzonej działalności były składki na ubezpieczenia społeczne.

Odwołujący się od 2010 r. leczy się psychiatrycznie z powodu zaburzeń depresyjno-lękowych i zaburzeń osobowości. Cierpi również na nadciśnienie. Od dzieciństwa choruje przewlekłe na bóle korzeniowe kręgosłupa. Po miesiącu od wznowienia działalności gospodarczej, od 6 listopada 2015 r., niezdolność do pracy była spowodowana nieprzerwanymi dolegliwościami korzeniowymi kręgosłupa. Absencja chorobowa i konieczność leczenia zaledwie po miesiącu od wznowienia działalności gospodarczej nie była spowodowana nagłym zdarzeniem zdrowotnym, lecz uprzednimi nieprzerwanymi dolegliwościami korzeniowymi kręgosłupa. Choroby te stanowiły przeciwwskazanie do wykonywania po 30 września 2015 r. jednoosobowej działalności gospodarczej związanej z prowadzeniem usług transportowych i remontowo-budowlanych. Przebiegały bowiem bez istotnej poprawy pomimo stosowanego leczenia, a stopień nasilenia dolegliwości związanych z kręgosłupem uzasadniał stwierdzenie niezdolności do pracy uprawniającej do renty, o którą odwołujący się nie występował. W okresie od 5 września 2017 r. do 19 kwietnia 2018 r. odwołujący się był ponownie leczony psychiatrycznie i został skierowany do Z. w S. .

Decyzją z dnia 12 września 2018 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Z. odmówił odwołującemu się prawa do zasiłku chorobowego z funduszu chorobowego za okres od 25 kwietnia 2018 r. do 4 lipca 2018 r. oraz zobowiązał go do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego za okresy od 6 listopada 2015 r. do 13 grudnia 2015 r., od 22 grudnia 2015 r. do 8 czerwca 2016 r., od 24 czerwca 2016 r. do 3 lipca 2016 r., od 29 lipca 2016 r. do 2 października 2016 r., od 27 października 2016 r. do 4 kwietnia 2017 r., od 20 kwietnia 2017 r. do 17 maja 2017 r., od 19 maja 2017 r. do 20 czerwca 2017 r., od 28 czerwca 2017 r. do 6 sierpnia 2017 r. od 5 września 2017 r. do 5 marca 2018 r. wraz z odsetkami w łącznej kwocie 182.192,38 zł.

Decyzją z dnia 24 maja 2019 r. Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w Z. zmieniono decyzję Zakładu z dnia 12 września 2018 r. w ten sposób, że zobowiązano odwołującego się do zwrotu odsetek od nienależnie pobranego zasiłku chorobowego od dnia doręczenia decyzji zmienianej do dnia zwrotu kwoty nienależnie pobranego świadczenia. W pozostałym zakresie decyzja zmieniana pozostała bez zmian.

Wyrokiem z dnia 23 maja 2019 r. Sąd Okręgowy w Katowicach, w sprawie XI U 1858/18, oddalił odwołanie Ł.B. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w Z. z dnia 16 sierpnia 2018 r. stwierdzającej, że odwołujący się od 30 września 2015 r. „do nadal” nie podlega obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym.

Wyrokiem z dnia 22 kwietnia 2021 r. Sąd Apelacyjny w Katowicach w sprawie III AUa 1456/19 oddalił apelację odwołującego się od wyroku Sądu Okręgowego.

Sąd Okręgowy określił, że na mocy art. 365 k.p.c., tak jak Sąd Rejonowy, był związany prawomocnym wyrokiem Sądu Okręgowego w Katowicach z dnia 23 maja 2019 r. oddalającym odwołanie od decyzji z dnia 16 sierpnia 2018 r., w której organ rentowy uznał, że odwołujący się nie podlega obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym od 30 września 2015 r. „do nadal”, albowiem w okresie tym nie prowadził działalności gospodarczej.

Sąd Okręgowy nie widział potrzeby badania, czy stan zdrowia psychicznego odwołującego się miał wpływ na podejmowane przez niego decyzje związane z prowadzeniem działalności gospodarczej w latach 2015-2018 i powoływania na tę

okoliczność dowodu z opinii biegłego, albowiem z ustalonego stanu faktycznego wynika, że odwołujący się świadomie rozpoczął prowadzenie pozornej działalności gospodarczej w celu uzyskania świadczeń z tytułu ubezpieczenia chorobowego. Nadto powyższa okoliczność powinna być podnoszona w sprawie o podleganie przez odwołującego się ubezpieczeniom społecznym. W jego ocenie, zgromadzony przez Sąd Rejonowy materiał dowodowy, w szczególności dowody zgromadzone i przeprowadzone przez Sąd Okręgowy w Katowicach w sprawie XI U 1858/18, której to akta dołączone zostały do akt niniejszej sprawy, były wystarczające dla poczynienia ustaleń w zakresie faktów mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy.

Sąd Okręgowy uznał, że odwołujący się jest zobowiązany do zwrotu wypłaconych mu zasiłków chorobowych, albowiem zostały one przyznane na skutek świadomego wprowadzenia w błąd organu rentowego. Skoro, jak ustalił Sąd Okręgowy w sprawie XI U 1858/18, odwołujący się nie prowadził działalności gospodarczej a pobierał świadczenia z tytułu jej prowadzenia, to jest to równoznaczne ze świadomym wprowadzeniem w błąd organu rentowego. Błąd ów był determinowany jego wolą wywołania przekonania po stronie organu, że zostały spełnione warunki nabycia prawa do świadczenia. Odwołujący się nie prowadził żadnej działalności gospodarczej i nie miał takiego zamiaru. Wznowienie przez niego w 2015 r. zawieszonych działalności gospodarczej było pozorne. Stan zdrowia odwołującego stanowił przeszkodę w prowadzeniu jednoosobowej działalności gospodarczej wymagającej wykonywania ciężkiej pracy fizycznej (usługi transportowe i remontowe). Podejmowane przez ubezpieczonego czynności polegały jedynie na pozorowaniu prowadzenia działalności gospodarczej. Jedynym zleceniodawcą w latach 2013-2015 była jego siostra A.H., dla której prowadził usługi transportowe i remontowe, a jedynym kontrahentem w działalności w latach 2017-2018 była firma jej męża. Odwołujący się uzyskiwał wielokrotnie większe zyski z zasiłków chorobowych wypłacanych z tytułu podlegania ubezpieczeniom z uwagi na wznowienie działalności gospodarczej, a nie z faktu jej prowadzenia. Nie zależało mu na rzeczywistych dochodach z tytułu działalności gospodarczej, o czym świadczy samo jej wznowienie mimo braku poprawy stanu zdrowia uzasadniającego jej uprzednie zawieszenie.

Sąd Okręgowy podkreślił, że dokonanie zgłoszenia prowadzenia działalności gospodarczej przez odwołującego się miało charakter pozorny, jego celem było jedynie uzyskanie wysokich świadczeń z ubezpieczeń z tytułu choroby. Działania odwołującego się miały jedynie upozorować prowadzenie działalności gospodarczej, wprowadzając tym samym organ rentowy w błąd co do posiadania tytułu do objęcia ubezpieczeniem chorobowym. Zatem organ rentowy był uprawniony do żądania zwrotu wypłaconych świadczeń od odwołującego się na podstawie art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2023 r., poz. 1230 ze zm.; dalej ustawa systemowa).

W skardze kasacyjnej od powyższego wyroku odwołujący się zarzucił:

1. naruszenie prawa materialnego, a mianowicie art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, przez niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie, że świadczenie wypłacone odwołującemu się było świadczeniem nienależnym;

2. naruszenie przepisów postępowania mające istotny wpływ na wynik sprawy:

(-) art. 365 § 1 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c., przez przyjęcie związania prawomocnym wyrokiem Sądu Okręgowego w Katowicach z dnia 23 maja 2019 r., w sprawie XI U 1858/18, zgodnie z którym odwołujący się nie podlegał w spornym okresie ubezpieczeniom społecznym od 30 września 2015 r. „do nadal”, albowiem w okresie tym nie prowadził działalności gospodarczej, w zakresie wykraczającym poza uregulowanie art. 365 § 1 k.p.c., to jest w zakresie dotyczącym uznania, że wypłacone odwołującemu się zasiłki chorobowe za okresy wskazane w decyzji z dnia 2 września 2018 r. są świadczeniami nienależnymi w rozumieniu art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej;

3. art. 380 k.p.c. w związku z art. 227 k.p.c. w związku z art. 235<sup>2</sup> § 1 pkt 2 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c., przez „nieprzychylenie się” do wniosków odwołującego się dotyczących przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego sądowego z zakresu psychiatrii celem ustalenia, czy stan zdrowia psychicznego odwołującego się miał wpływ na podejmowane przez niego decyzje związane z prowadzeniem działalności gospodarczej w latach 2015-2018, a tym samym na stopień winy w kontekście rzekomego wprowadzenia w błąd organu rentowego.

Odwołujący się wniósł o uchylenie w całości zaskarżonego wyroku Sądu drugiej instancji oraz przekazanie sprawy temu Sądowi do ponownego rozpoznania, z obowiązkiem orzeczenia o kosztach wywołanych wniesieniem niniejszej skargi kasacyjnej, w tym o kosztach zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Organ rentowy, w odpowiedzi na skargę, wniósł o oddalenie skargi i zasądzenie od odwołującego się na swoją rzecz kosztów postępowania kasacyjnego.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Rozpoznając zarzuty naruszenia przepisów postępowania, na wstępie przypomnieć należy, że zgodnie z art. 398<sup>3</sup> § 1 pkt 2 k.p.c., skargę kasacyjną można oprzeć na naruszeniu przepisów postępowania, jeżeli uchybienie to mogło mieć istotny wpływ na wynik sprawy. Wpływ ten ocenia się przez odniesienie konkretnego rozstrzygnięcia do podstawy materialnoprawnej orzeczenia co do istoty sprawy.

Nie jest uzasadniony zarzut naruszenia art. 365 § 1 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c., co miałyby polegać na wykroczeniu poza zakres prawomocności materialnej wyroku Sądu Okręgowego w Katowicach z dnia 23 maja 2019 r. oddalającego odwołanie od decyzji z 16 sierpnia 2018 r., w której organ rentowy uznał, że odwołujący się nie podlega obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym od 30 września 2015 r. i uznaniu, że jego moc wiążąca dotyczy także oceny, że wypłacone odwołującemu się zasiłki chorobowe za okresy wskazane w zaskarżonej decyzji są świadczeniami nienależnymi w rozumieniu art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej.

Należy zauważyć, że to w uzasadnieniu wyroku Sądu Rejonowego znalazło się stwierdzenie, że „prawomocny wyrok Sądu Okręgowego w Katowicach jest wystarczającą podstawą do uznania, że świadczenie w postaci zasiłków chorobowych zostało wypłacone na skutek świadomego wprowadzenia w błąd organu rentowego przez odwołującego się”. Natomiast Sąd Okręgowy uznał, że jest związany powyższym wyrokiem w zakresie ustalenia, że odwołujący się od 30 września 2015 r. nie podlega obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym, albowiem w okresie tym nie prowadził działalności gospodarczej. Sąd ten dokonał natomiast samodzielnej oceny ustalonych okoliczności faktycznych w kontekście art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, przyjmując, że skoro odwołujący się nie prowadził od 30 września 2015 r. działalności gospodarczej, to zgłoszenie jej wznowienia od tego dnia miało na celu nie rzeczywiste prowadzenie działalności (do której z racji stanu zdrowia nie był zdolny), ale uzyskanie wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego, a tym samym odwołujący się wprowadził w błąd organ rentowy co do posiadania tytułu do objęcia ubezpieczeniem chorobowym. O tym, czy ocena ta jest trafna rozstrzyga przepis prawa materialnego powołany w podstawach kasacyjnych, tj. art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, który ma także decydujące znaczenie dla oceny drugiej procesowej podstawy kasacyjnej.

Zgodnie art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, za kwoty nienależnie pobranych świadczeń, które podlegają zwrotowi (art. 84 ust. 1 pkt 1 ustawy systemowej) uważa się 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.

Wskazany w tym przepisie błąd stanowi następstwo świadomego działania pobierającego świadczenie, determinowanego wolą wywołania przekonania po stronie organu rentowego, że zostały spełnione warunki nabycia prawa do świadczenia lub świadczenia o określonej wysokości. Ów błąd wiąże się zawsze z pierwotną wadliwością rozstrzygnięć organu rentowego lub odwoławczego, z etapem ustalania prawa do świadczeń, a jego istotną cechą konstrukcyjną, odróżniającą od innych uchybień, jest istnienie fałszywego wyobrażenia organu o stanie uprawnień ubezpieczonego, wywołanego na skutek świadomego zachowania osoby pobierającej świadczenie (zob. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 16 grudnia 2008 r., I UK 154/08, OSNP 2010 nr 11-12, poz. 148; z dnia 5 kwietnia 2001 r., II UKN 309/00, OSNP 2003 nr 2, poz. 44; z dnia 8 stycznia 1999 r., II UKN 406/98, OSNAPiUS 2000 nr 5, poz. 196; z dnia 29 lipca 1998 r., II UKN 147/98, OSNAPiUS 1999 nr 14, poz. 471; z dnia 14 kwietnia 2000 r., II UKN 500/99, OSNAPiUS 2001 nr 20, poz. 623; z dnia 9 marca 2012 r., I UK 335/11, LEX nr 1212052; z dnia 27 stycznia 2011 r., II UK 194/10, LEX nr 786392; z dnia 20 maja 2004 r., II UK 385/03, OSNP 2005 nr 2, poz. 25; z dnia 9 lutego 2017 r., II UK 699/15; LEX nr 2255424).

W ramach zachowań kwalifikowanych jako świadome wprowadzenie w błąd organu rentowego lub odwoławczego mieszczą się: bezpośrednie oświadczenie nieprawdy we wniosku, przemilczenie przez ubezpieczonego faktu mającego wpływ na prawo do świadczenia, złożenie wniosku w sytuacji oczywiście nieuzasadniającej powstania prawa do świadczenia oraz okoliczność domniemanego współdziałania ubezpieczonego z innymi podmiotami we wprowadzeniu w błąd organu rentowego (por. przywołany wyżej wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 stycznia 2011 r., II UK 194/10).

Sąd Najwyższy uznał za przejaw świadomego wprowadzenia w błąd organu rentowego posłużenie się w ramach procedury ubiegania się o świadczenie z ubezpieczenia społecznego w razie choroby podrobionymi, stwierdzającymi nieprawdę kartami informacyjnymi leczenia szpitalnego (wyrok z dnia 16 grudnia 2008 r., I UK 154/08,), przedstawienie przez wnioskodawcę karty wypadku w drodze do pracy zawierającej nieprawdziwe okoliczności rzekomego wypadku sporządzonej przez pracodawcę za wiedzą i zgodą ubezpieczonego (wyrok z dnia 5 kwietnia 2001 r., II UKN 309/00), podanie przez wnioskodawcę we wniosku o emeryturę nieprawdziwej informacji, że nie pobiera renty inwalidy wojennego (wyrok z dnia 8 stycznia 1999 r., II UKN 406/98), zaniechanie powiadomienia organu rentowego o pobieraniu renty rodzinnej przez osobę ubiegającą się o ustalenie prawa do innego świadczenia z ubezpieczenia emerytalno-rentowego (wyrok z



dnia 29 lipca 1998 r., II UKN 147/98), złożenie nieprawdziwych zeznań co do okresu zatrudnienia i posłużenia się oświadczeniami świadków ze świadomością, że nie są one prawdziwe (wyrok z dnia 14 kwietnia 2000 r., II UKN 500/99), złożenie nieprawdziwego oświadczenia o rozwiązaniu stosunku pracy (wyrok z dnia 9 marca 2012 r., I UK 335/11, LEX nr 1212052), posłużenie się świadectwem pracy zawierającym nieprawdziwe informacje o podstawie prawnej świadczenia pracy (wyrok z dnia 27 stycznia 2011 r., II UK 194/10) lub przyczynach rozwiązania umowy o pracę (wyrok z dnia 20 maja 2004 r., II UK 385/03).

W konkluzji, obowiązek zwrotu obciąża tylko tego, kto przyjął świadczenie w złej wierze wiedząc, że mu się nie należy, co dotyczy zarówno osoby, która została pouczona o okolicznościach, w jakich nie powinna pobierać świadczeń, jak też tej osoby, która uzyskała świadczenia na podstawie nieprawdziwych zeznań lub dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd instytucji ubezpieczeniowej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 grudnia 2009 r., I UK 174/09, LEX nr 585709). Należy dostrzec, że w orzecznictwie Sądu Najwyższego utrwalił się pogląd, zgodnie z którym zarejestrowanie działalności gospodarczej i towarzyszące temu zadeklarowanie nieznajdującej pokrycia w przewidywanych zyskach wysokiej podstawy wymiaru składki na ubezpieczenia społeczne, a przy tym ze świadomością istnienia przeszkód do prowadzenia tej działalności (np. spodziewane w nieodległym czasie urodzenie dziecka i związana z tym planowana przerwa w prowadzeniu działalności) może wskazywać na intencję (element subiektywny) nie tyle podjęcia i wykonywania zarobkowej działalności gospodarczej o charakterze ciągłym, lecz włączenia się do systemu ubezpieczeń społecznych w celu uzyskania wysokich świadczeń (por. wyroki Sądu Najwyższego: dnia 6 kwietnia 2017 r., II UK 98/16, LEX nr 2307127 czy z dnia 13 września 2016 r., I UK 455/15, LEX nr 2122404; z dnia 18 grudnia 2018 r., II UK 413/17, LEX nr 2609126).

Z wiążących Sąd Najwyższy ustaleń faktycznych (art. 398<sup>13</sup> § 2 k.p.c.) wynika, że w momencie zgłoszenia przez skarżącego wznowienia działalności gospodarczej wystąpiły oba opisane elementy: zadeklarowanie nieznajdującej pokrycia w przewidywanych zyskach wysokiej podstawy wymiaru składki na ubezpieczenia społeczne (9.850 zł) oraz świadomość istnienia przeszkód do prowadzenia tej działalności ze względu stan zdrowia. W związku z tym istniałyby podstawy do oceny, że zamiarem skarżącego nie było prowadzenie działalności gospodarczej a zgłoszenie wznowienia działalności gospodarczej świadomie zmierzało do wprowadzenia organu rentowego w błąd celu uzyskania nienależnych świadczeń.

Taka jednak kategoryczna ocena jest przedwczesna, gdyż nie zostało wyjaśnione, czy stan zdrowia psychicznego skarżącego (w stosunku do którego od 2010 r. stwierdzano zaburzenia depresyjno-lękowe i zaburzenia osobowości) zakłócił rozeznanie skarżącego co do znaczenia podjętej czynności zgłoszenia fikcyjnego wznowienia działalności gospodarczej. Temu miał właśnie służyć nieuwzględniony przez Sąd Rejonowy wniosek dowodowy

skarżącego o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego lekarza psychiatry. Potwierdził się zatem zarzut naruszenia przez Sąd Okręgowy art. 380 k.p.c. w związku z art. 227 k.p.c. w związku z art. 235<sup>2</sup> § 1 pkt 2 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Najwyższy na podstawie art. 398<sup>15</sup> § 1 k.p.c. i art. 108 § 2 k.p.c. w związku z art. 398<sup>21</sup> k.p.c., orzekł jak w sentencji.

[az]

[ał]