

Sygnatura akt IV Ua 9/16

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 kwietnia 2016r.

Sąd Okręgowy we Włocławku IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie :

Przewodniczący: SSO Hanna Wujkowska

Sędziowie: SO Katarzyna Augustyniak (spr)

SO Małgorzata Paździerska

Protokolant: Karolina Płaczkiewicz

po rozpoznaniu w dniu 16 marca 2016 r. we Włocławku

na rozprawie

sprawy R. F.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T.

o zasiłek chorobowy

na skutek apelacji R. F.

od wyroku Sądu Rejonowego we Włocławku - IV Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 23 października 2015r. sygn. akt IV U (...)

oddala apelację.

Sygn. akt IV Ua 9/16

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 20.08.2014 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T. odmówił R. F. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 07.05.2014 r. do 27.05.2014 r. oraz od 31.05.2014 r. do 28.06.2014 r.

Uzasadniając powyższe rozstrzygnięcie organ rentowy wskazał, że wnioskodawca od dnia 01.05.2014 r. nie podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, gdyż składka należna na to ubezpieczenie za miesiąc maj 2014 r. z uwagi na pomniejszenie jej o okres orzeczonej niezdolności do pracy została opłacona w niepełnej wysokości. Dodatkowo wskazano, że wnioskodawca ma ustalone prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy. W dalszej kolejności organ wywodził, że R. F. jest nieprzerwanie niezdolny do pracy od dnia, od którego ma ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy i do dnia 07.01.2014 r. wykorzystał 180 dni z maksymalnie przysługującego 182-dniowego okresu zasiłkowego. Zatem z tytułu niezdolności powstałej od dnia 07.05.2014 r. miałby prawo do zasiłku chorobowego wyłącznie za okres od 07.05.2014 r. do 08.05.2014 r, za który prawo to wnioskodawcy nie przysługuje z powodu niepodlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Decyzją z dnia 26.11.2014 r. ten sam organ rentowy odmówił wnioskodawcy prawa do zasiłku chorobowego za okres od 02.10.2014 r. do 04.12.2014 r.

Uzasadniając powyższe rozstrzygnięcie organ wskazał, że wnioskodawca ma ustalone prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy a w okresie od 02.10.2014 r. do 04.12.2014 r. był niezdolny do pracy z powodu choroby, na którą ma przyznane prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy.

Decyzją z dnia 03.02.2015 r. ten sam organ rentowy odmówił wnioskodawcy prawa do zasiłku chorobowego za okres od 15.12.2014 r. do 28.01.2015 r.

Uzasadniając powyższe rozstrzygnięcie Zakład wskazał, że wnioskodawca od dnia 01.10.2014 r. nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu ponieważ należna za październik 2014 r. składka nie została opłacona w ustawowym terminie. Wskazał też, że niezdolność do pracy z powodu choroby powstała w dniu 15.12.2014 r. czyli w okresie, kiedy wnioskodawca nie podlegał ubezpieczeniu chorobowemu.

Decyzją z dnia 09.02.2015 r. ten sam organ rentowy odmówił wnioskodawcy prawa do zasiłku chorobowego za okres od 29.01.2015 r. do 10.02.2015 r.

Uzasadniając powyższe rozstrzygnięcie organ wskazał, że wnioskodawca od dnia 01.10.2014 r. nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, gdyż na październik 2014 r. nie została opłacona należna składka na to ubezpieczenie w ustawowym terminie.

Decyzją z dnia 23.02.2015 r. ten sam organ rentowy odmówił wnioskodawcy prawa do zasiłku chorobowego za okres od 11.02.2015 r. do 26.02.2015 r.

Uzasadniając powyższe rozstrzygnięcie organ wskazał, że wnioskodawca od dnia 01.10.2014 r. nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, gdyż za październik 2014 r. nie została opłacona należna składka na to ubezpieczenie w ustawowym terminie.

Decyzją z dnia 20.04.2015 r. ten sam organ rentowy odmówił wnioskodawcy prawa do zasiłku chorobowego za okres od 26.03.2015 r. do 07.04.2015 r.

Uzasadniając powyższe rozstrzygnięcie organ wskazał, że wnioskodawca od dnia 01.10.2014 r. nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, gdyż za październik 2014 r. nie została opłacona należna składka na to ubezpieczenie w ustawowym terminie. Organ rentowy wskazał też, że wnioskodawca ma ustalone prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy a w okresie od 26.03.2015 r. do 07.04.2015 r. był niezdolny do pracy z powodu choroby, na którą ma przyznane prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy.

Powyższe decyzje każdorazowo zostały zakwestionowane przez ubezpieczonego. Zawarta w jego odwołaniach argumentacja dotycząca wadliwości zaskarżonych decyzji jest podobna. Ubezpieczony podnosi brak podstawy prawnej do wydania zaskarżonych decyzji lub nie wskazanie przez organ rentowy stosownego aktu prawnego obowiązującego w Polsce, w oparciu o który decyzja została wydana a także twierdzi, że należne składki na ubezpieczenie społeczne, w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, opłacił w należnej wysokości i w terminach ustawowych. Ubezpieczony wskazał również, że urzędnik ZUS nie ma uprawnień do orzekania, że konkretne okresy niezdolności do pracy pozostają lub nie pozostają w związku z przyznaną mu rentą z tytułu niezdolności do pracy.

Organ rentowy w odpowiedzi na odwołania wniósł o ich oddalenie podtrzymując w całości argumentację, która została zawarta w uzasadnieniach zaskarżonych decyzji.

Sprawy z odwołania wnioskodawcy R. F. od powyższych sześciu decyzji organu rentowego sąd połączył do wspólnego rozpoznania i rozstrzygnięcia.

Wyrokiem z dnia 23.10.2015r. Sąd Rejonowy we Włocławku Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołania od wszystkich decyzji. Sąd I instancji oparł swe rozstrzygnięcie na następujących ustaleniach i rozważaniach prawnych.

R. F. od dnia 21.10.1999r. do nadal jest uprawniony do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy. Podstawę renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy stanowi choroba kręgosłupa.

W czasie orzeczonej częściowej niezdolności do pracy wnioskodawca prowadzi na własny rachunek pozarolniczą działalność gospodarczą pod firmą PHU (...) (...)R. F.. Od dnia 2.01.2010r. ubezpieczony podlega ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia działalności, w tym dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 4.06.2010 r. do 30.04.2014r. i ponownie od 1.07.2014r. do 30.09.2014r.

Z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności R. F. był niezdolny do pracy w okresach: od 17.04.2012r. do 30.04.2012 r.; od 20.06.2012r. do 3.07.2012r.; od 25.09.2012r. do 7.10.2012r.; od 1.02.2013r. do 7.03.2013r.; od 20.03.2013r. do 1.04.2013r.; od 23.04.2013r. do 6.05.2013r.; od 14.05.2013r. do 25.06.2013r.; od 3.07.2013 r. do 28.07.2013r.; od 13.08.2013r. do 2.09.2013r.; od 5.09.2013 r. do 25.09.2013r.; od 8.10.2013r. do 21.11.2013r.; od 3.12.2013r. do 7.01.2014r.; od 26.03.2014r. do 17.04.2014r.

Za powyższe okresy Zakład Ubezpieczeń Społecznych dokonał wypłaty zasiłku chorobowego.

R. F. ponownie był niezdolny do pracy w okresach:

od 7.05.2014r. do 27.05.2014r.; od 31.05.2014r. do 28.06.2014r.; od 2.10.2014r. do 4.12.2014r.; od 15.12.2014r. do 26.02.2015r.; od 26.03.2015r. do 7.04.2015r.; od 23.04.2015r. do 30.04.2015r.; od 6.05.2015r. do 12.05.2015r.

Z tytułu niezdolności do pracy trwającej do 7.01.2014r. R. F. wykorzystał 180 dni z przysługującego 182-dniowego okresu zasiłkowego. Ponownie z tytułu tej samej choroby, z powodu której orzeczono u niego niezdolność do pracy do dnia 7.01.2014r., stał się niezdolny do pracy w dniu 7.05.2014r., która to niezdolność została orzeczona do dnia 27.05.2014r. tj. na 21 dni. Niezdolność do pracy do dnia 7.01.2014r. i od dnia 7.05.2014r. była spowodowana schorzeniami, z powodu których ubezpieczony ma ustalone prawo do renty. Według lekarza orzecznika ZUS odzyskanie przez ubezpieczonego w w/w okresie zdolności do pracy było mało prawdopodobne. Wobec takiego ustalenia organ rentowy rozpatrzył prawo ubezpieczonego do zasiłku chorobowego wyłącznie za 2 dni orzeczonej niezdolności do pracy tj. w dniach 7 i 8 maja 2014r. tj. do wykorzystania 182-dniowego okresu zasiłkowego. Zasiłek chorobowy za ten okres nie został jednak przyznany z uwagi na nieopłacenie przez ubezpieczonego składki na ubezpieczenie społeczne, w tym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc maj 2014r. w pełnej wysokości. Składkę za miesiąc maj 2014r. R. F. opłacił w dniu 6.06.2014r. w wysokości: na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych wnioskodawca 215,09 zł, na Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych 270,40 zł i na Fundusz Pracy 16,52 zł. Składka na FUS za ubezpieczonego za ten miesiąc (w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe) w pełnej wysokości wynosiła 716,99 zł. Analogiczna sytuacja dotyczy października 2014r. Ubezpieczony przelewem bankowym z dnia 5.11.2014r. wpłacił na rzecz ZUS kwotę 22,45 zł, a przelewem z dnia 6.11.2014r. kwotę 1,45 zł. Łącznie tytułem składek na ubezpieczenie społeczne za miesiąc październik 2014r. R. F. wpłacił 23,90 zł.

Biegli lekarze internista, neurolog, urolog i psychiatra rozpoznali u wnioskodawcy zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa z zespołem bólowo-korzeniowym szyjnym i lędźwiowym.

Jako choroby współistniejące rozpoznano:

- chorobę zwyrodnieniową stawów barkowych,
- cukrzycę typu 2,
- nawrotową torbiel najądrza lewego,

- stan po operacji wodniaka jądra (30.05.2014 r.),
- przepuklinę pachwinową obustronną leczoną operacyjnie w dniu 17.12.2014r,
- zaburzenia lękowo-depresyjne prawdopodobnie pochodzenia organicznego.

Biegli stwierdzili, że przyczyną choroby wnioskodawcy w okresach:

- od 7.05.2014r. do 27.05.2014r. była choroba kręgosłupa,
- od 31.05.2014r. do 28.06.2014r. był stan po operacji wodniaka jądra,
- od 2.10.2014r. do 4.12.2014r. była choroba kręgosłupa,
- od 15.12.2014r. do 28.01.2014r., od 29.01.2015r. do 10.02.2015r. i od 11.02.2015r. do 26.02.2015r. była operacja obustronnej przepukliny pachwinowej z rekonwalescencją po zabiegu.

Biegli orzekli również, że w okresach od 7.05.2014r. do 27.05.2014r. i od 2.10.2014r. do 4.12.2014r. podstawą niezdolności do pracy była ta sama choroba, która stanowiła podstawę przyznania wnioskodawcy renty z tytułu niezdolności do pracy, natomiast w pozostałych okresach przyczyną niezdolności do pracy były inne schorzenia: stan po operacji wodniaka jądra i operacja obustronnej przepukliny pachwinowej. Podstawą orzeczenia niezdolności do pracy i przyznania wnioskodawcy prawa do renty na stałe było schorzenie kręgosłupa.

Sąd Rejonowy powyższy stan faktyczny ustalił w oparciu o dowody z dokumentów zawartych zarówno w aktach organu rentowego jak i złożonych do akt sprawy przez obydwie strony postępowania, w oparciu o dokumentację medyczną dotyczącą wnioskodawcy oraz akta rentowe o nr I/36194997/25. Sąd nie znalazł podstaw do kwestionowania zeznań wnioskodawcy przesłuchanego w charakterze strony procesowej, które to zeznania korespondują ze zgromadzonym w sprawie materiałem dowodowym dotyczącym daty i wysokości opłacenia przez niego składek na ubezpieczenie społeczne. Natomiast ustalenia w przedmiocie orzeczonych wobec wnioskodawcy okresów niezdolności do pracy i związku orzeczonych chorób z przyznanym prawem do renty poczynione zostały w oparciu o dowód z opinii biegłych lekarzy sądowych z zakresu interny, neurologii, urologii i psychiatrii.

Przechodząc do rozważań merytorycznych Sąd Rejonowy wskazał, że zakres i przedmiot postępowania sądowego w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych wyznacza treść rozstrzygnięcia organu rentowego. W tym też kontekście zważył, że istota sporu istniejącego pomiędzy stronami postępowania sądowego sprowadzała się do ustalenia, czy ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczeń z ubezpieczenia społecznego spowodowanych niezdolnością do pracy z tytułu choroby w sytuacji opłacenia składek na to ubezpieczenie w niepełnej wysokości oraz dodatkowo w sytuacji, gdy ma on ustalone wcześniej prawo do renty. Sąd Rejonowy wskazał dalej, że ubezpieczony winien był opłacać miesięczną składkę na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych (w tym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe) w miesiącach maju i października 2014 r. w kwotach po 716,99 zł oraz na Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych w kwotach po 270,40 zł. Na Fundusz Pracy ubezpieczony nie miał obowiązku opłacać składek. Za miesiąc maj 2014r. ubezpieczony zadeklarował i wpłacił na FUS kwotę 215,09 zł, na FUZ kwotę 270,40 zł i na FP kwotę 16,52 zł. Za miesiąc październik 2014r. ubezpieczony zadeklarował i wpłacił na FUS kwotę 23,90 zł i na FP kwotę 1,45 zł. Zatem za miesiąc maj 2014r. ubezpieczony opłacił składkę na FUS, w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, w niepełnej wysokości, gdyż tylko za 9 dni maja, a za miesiąc październik 2014r. tytułem tego samego ubezpieczenia opłacił składkę tylko za 1 dzień, a zatem również w niepełnej wysokości. Okoliczności te należy uznać w istocie za niesporne gdyż zostały przyznane przez R. F. na rozprawie w dniu 21.11.2014r. odnośnie składek za miesiąc maj 2014r. (k. 19v) oraz w odwołaniu z dnia 11.05.2015r. od decyzji z dnia 20.04.2015r. W piśmie tym ubezpieczony wskazał też, że składka na ubezpieczenie społeczne została przez niego opłacona adekwatnie do ilości przepracowanych dni (k. 85).

W powyższych okolicznościach Sąd Rejonowy stwierdził, że R. F. dokonał samodzielnie zmniejszenia składek, do czego nie był uprawniony. Sąd podkreślił, że korzystanie przez ubezpieczonego ze zwolnień z tytułu niezdolności

do pracy nie jest równoznaczne z posiadaniem przezeń uprawnień do zasiłku chorobowego. Sąd Rejonowy wskazał dalej, że zgodnie z art. 1 ust. 1 i art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25.06.1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2014 r. poz. 159) świadczenia pieniężne na warunkach i w wysokości określonych ustawą przysługują osobom objętym ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa określonym w ustawie z dnia 13.10.1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych. Zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego. Zgodnie natomiast z art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 13.10.1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 1442 ze zm.) obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym podlegają osoby fizyczne, które na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej są osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność oraz osobami z nimi współpracującymi. Na mocy art. 11 ust. 2 cytowanej ustawy dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają na swój wniosek osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8 i 10. Art. 14. ust. 2. pkt 2. wymienionej ustawy stanowi, że ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe, o których mowa wyżej ustają od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie – w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących.

Mając na uwadze powyższe unormowania, zdaniem Sądu Rejonowego, uznać należało, że R. F., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność, dla której ubezpieczenie chorobowe jest ubezpieczeniem dobrowolnym, nie podlegał temu ubezpieczeniu odpowiednio od dnia 1.05.2014r. i od dnia 1.10.2014r. ponieważ składka na to ubezpieczenie została opłacona w niepełnej wysokości. Sąd podkreślił jednocześnie, że po ustaniu dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia działalności pozarolniczej warunkiem wznowienia tegoż ubezpieczenia jest ponowne zgłoszenie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Takiego zgłoszenia wnioskodawca dokonał od miesiąca lipca 2014r. i trwało ono do końca września 2014r. (pismo organu rentowego k. 114). W oparciu o przedstawione wyżej okoliczności należało przyjąć, że w okresach objętych zaskarżonymi decyzjami tj.:

- od 7.05.2014r. do 27.05.2014r. ; od 31.05.2014r. do 28.06.2014r.; od 2.10.2014r. do 04.12.2014r.; od 15.12.2014r. do 28.01.2015r.; od 29.01.2015r. do 10.02.2015r.; od 11.02.2015r. do 26.02.2015r.; od 26.03.2015r. do 7.04.2015r. R. F. nie podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Niezapłacenie lub nieterminowe zapłacenie przez osobę podlegającą dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu składki na ubezpieczenie rodzi w konsekwencji ten skutek, iż osoba taka, jako wyeliminowana na skutek restrykcyjnego przepisu art. 14 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, w przypadku zaistnienia niezdolności do pracy nie podlega ochronie przewidzianej przepisami ustawy z dnia 25.06.1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, w tym ochronie polegającej na zagwarantowaniu takiej osobie na wypadek stwierdzonej niezdolności do pracy prawa do zasiłku chorobowego. W wyroku z dnia 04.10.2000 r. (III AUa 1514/99) Sąd Apelacyjny stwierdził, że osoba składająca wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym i oczekująca świadczeń od organu rentowego, zobowiązana jest do opłacenia składki na to ubezpieczenie w terminie i we właściwej wysokości. Jeżeli prowadząc działalność pozarolniczą nie jest w stanie wywiązać się z obowiązku terminowego opłacenia składek, to nie musi do tego ubezpieczenia przystąpić. Ustanie ubezpieczenia następuje wskutek uznania przez ustawodawcę, że nieopłacenie przez ubezpieczonego w terminie należnej składki na dobrowolny tytuł ubezpieczenia społecznego stanowi jego rezygnację z tego rodzaju ubezpieczenia społecznego.

Również drugą wskazaną przez organ rentowy przyczynę odmowy prawa do zasiłku chorobowego Sąd Rejonowy uznał za uzasadnioną. Dotyczyła ona okresów od 7.05.2014r. do 27.05.2014r. i od 2.10.2014r. do 04.12.2014r. z powodu choroby, na którą wnioskodawca ma przyznane prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy tj. schorzeń kręgosłupa. Sąd I instancji oparł swe stanowisko w tej kwestii na opinii biegłego neurologa (k. 95), stwierdzając że tożsamość schorzenia w tym wypadku wyklucza nabycie przez niego prawa do zasiłku chorobowego. Nie może bowiem stanowić uzasadnienia dla przyznania dwóch świadczeń, których cele i funkcje są całkowicie odmienne. Zasiłek chorobowy jest świadczeniem z ubezpieczenia społecznego, zastępującym pracownikowi wynagrodzenie, które utracił wskutek czasowej, spowodowanej chorobą, niezdolności do świadczenia pracy. Sytuacją chronioną

zasiłkiem jest więc czasowa (przejściowa) niemożność świadczenia pracy będąca skutkiem choroby. Niezdolność do pracy jako chroniony skutek choroby zachodzi więc we wszystkich wypadkach, gdy stan zdrowia ubezpieczonego wymaga czasowego powstrzymania się od pracy. Podkreślić jednak należy, że zasiłek chorobowy jest świadczeniem o charakterze krótkoterminowym, który chroni ubezpieczonego na wypadek jedynie przemijającej niezdolności do pracy. Taki cel i funkcja świadczenia wynika z ograniczonego maksymalnego okresu, na jaki jest przyznawany (art. 8 ustawy z dnia 25.06.1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa) oraz zliczania okresów niezdolności do pracy powstałych w krótkich odstępach czasowych z tej samej przyczyny chorobowej (art. 9 ustawy). Jeżeli ten sam proces chorobowy czyni pracownika wielokrotnie niezdolnym do pracy w dość krótkich odstępach czasowych, można przypuszczać, że niezdolność do pracy nie ma charakteru czasowego, a raczej względnie trwałe. Jeżeli zaś wpływ choroby na zdolność do pracy nabiera charakteru trwałego lub długotrwałego, świadczenia będą udzielane z ubezpieczenia rentowego (renta z tytułu niezdolności do pracy). Tego typu sytuacja zaistniała w przypadku wnioskodawcy, u którego od dnia 21.10.1999r. orzeczono częściową niezdolność do pracy tj. utratę w znacznym stopniu zdolności do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji (art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 17.12.1998r. o emeryturach i rentach z FUS). Sąd I instancji przyznał, że osoby, którym ustalono prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy mogą podjąć zatrudnienie prowadząc tak jak wnioskodawca działalność pozarolniczą na własny rachunek. W takiej sytuacji osoby te podlegają ubezpieczeniom społecznym, w tym dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu, które daje podstawę do świadczeń chorobowych. Istotnym jest jednak, aby czasową niezdolność do pracy powodowało inne schorzenie, aniżeli czyniące ubezpieczonego długotrwale niezdolnym do pracy. Jedno i tożsame schorzenie nie może bowiem stanowić podstawy do pobierania dwóch odrębnych świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

Schorzenia kręgosłupa, z powodu których wnioskodawca miał orzeczoną niezdolność do pracy w okresach objętych zaskarżonymi decyzjami organu rentowego są schorzeniami długotrwałymi i rekompensowanymi przyznana R. F. rentą z tytułu częściowej niezdolności do pracy. Tym samym to schorzenie nie może uzasadniać przyznania prawa do zasiłku chorobowego, które ustalone jest w sytuacji niezdolności do pracy o charakterze krótkotrwałym i przemijającym.

W oparciu o tak przedstawioną argumentację Sąd kierując się dyspozycją art. 477¹⁴ § 1 kpc oddalił odwołania.

Apelację od powyższego wyroku wywiódł ubezpieczony, zaskarżając go w całości i zarzucając Sądowi I instancji naruszenie przepisów prawa procesowego, a to art. 233 § 1 kpc poprzez błędną ocenę zgromadzonego materiału dowodowego wraz z przyjęciem do oceny dokumentów zafałszowanych (zmanipulowanych). Precyzując powyższy zarzut ubezpieczony wskazał, że:

- Sąd I instancji ocenił materiał dowodowy poza zakresem norm prawnych podanych w zaskarżonych decyzjach, wykraczając poza okresy zasiłkowe wskazane w decyzjach,
- ubezpieczony nie podlegał ubezpieczeniu po wpłaceniu składki w terminie wcześniejszym niż termin wydania decyzji,
- nie był on uprawniony do proporcjonalnego pomniejszenia składki na ubezpieczenia społeczne za okres wskazany na podstawie art. 18 ust. 9 i 10 ustawy o s.u.s.,
- wykorzystał już 180 dni zasiłku chorobowego i z tego tytułu nie miał prawa do wypłacenia zasiłku chorobowego,
- wpłacał składki po terminie,
- nie ma prawa do zasiłku chorobowego w związku z zachorowaniem na to samo schorzenie, na które przyznano rentę.

Poza powyższym apelujący wywodził, że niezgodnie z przepisami art. 78, 79 i 81 kpa Sąd Rejonowy przyjął do oceny opinię lekarza ZUS z 4.08.2014r. znak 560000/6120-016615.5600/CW/00177053/OL oraz pisma powiązane co doprowadziło do przyjęcia oceny za właściwą, choć w istocie sprzeczną z kpa art. 107 § 1 i 3 oraz ustawą o systemie ubezpieczeń społecznych.

Kolejnym zarzutem apelacji było nieuwzględnienie wniosku ubezpieczonego o zwrot kosztów dojazdu oraz kosztów naliczonych z urzędu i naruszenie ustawy z 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja okazała się niezasadna i dlatego podlegała oddaleniu.

Przede wszystkim należy powtórzyć za Sądem Rejonowym, iż zakres i przedmiot postępowania sądowego w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych wyznacza treść rozstrzygnięcia organu rentowego. Oznacza to zatem, że postępowanie przed sądem pracy i ubezpieczeń społecznych zmierza do ustalenia czy dana decyzja w konkretnych okolicznościach faktycznych jest prawidłowa, a nie czy jedynie zarzuty zgłoszone w odwołaniu od takiej decyzji są zasadne. W związku z tym postępowanie odwoławcze skupia się na wadach prawa materialnego. Wady formalne postępowania administracyjnego prowadzonego przed Zakładem Ubezpieczeń Społecznych mają w postępowaniu sądowym istotne znaczenie tylko wówczas gdyby dyskwalifikowały jego decyzję w stopniu odbierającym jej cechy aktu administracyjnego jako przedmiotu odwołania (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 2010 r., I UK 252/09; a nadto z najnowszego orzecznictwa np. wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 11.06.2015r., III AUa 802/14; wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 30.04.2015r., III AUa 2306/14;). Takich wad w tym przypadku nie stwierdzono.

Jest to o tyle istotne w tej sprawie, że R. F. uczynił jednym z zarzutów swej apelacji od wyroku Sądu I instancji, a wcześniej też zarzutów do decyzji, naruszenie przepisów procedury administracyjnej tj. art. 78, 79 i 81 kpa. Trzeba wyjaśnić w tym miejscu, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych do rozpoznawania spraw z zakresu swego działania stosuje przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego czyli kpa. Jednakowoż zgodnie z przepisem art. 83 ustawy z dnia 13.10.1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 1442 ze zm.; dalej jako u.s.u.s.) odwołanie od decyzji Zakładu wnosi się do sądu powszechnego tj. sądu pracy i ubezpieczeń społecznych. Postępowanie w sprawach z odwołania od decyzji organów rentowych reguluje ustawa z 17.11.1964r. Kodeks postępowania cywilnego (kpc). Tym samym przed sądem pracy i ubezpieczeń społecznych nie stosuje się przepisów kpa i Sąd Rejonowy we Włocławku w tej sprawie także tych przepisów nie stosował. Zważywszy na powyższe zarzuty apelującego dotyczące naruszenia przepisów art. 78, 79 i 81 kpa są zupełnie chybione.

Przechodząc do dalszych rozważań wskazać należy, że wbrew zarzutom apelacji, Sąd I instancji ustalił prawidłowo stan faktyczny w sprawie w zakresie wystarczającym do jej rozstrzygnięcia. Sąd II instancji w całości je podziela i uznaje za własne.

Odnosząc się do zarzutów apelacji należy stwierdzić, że Sąd Rejonowy dokonując ustalenia stanu faktycznego w sprawie nie dopuścił się naruszenia przepisu art. 233 § 1 kpc. Z analizy zarzutów apelacji i jej dalszych wywodów zdaje się płynąć konkluzja, że ubezpieczony niewłaściwie interpretuje powołany przepis. Toteż należy przede wszystkim wyjaśnić, że z art. 233 § 1 kpc płynie dla sądu obowiązek wszechstronnego rozważenia całości zebranego materiału dowodowego zgodnie z zasadami logiki i doświadczenia życiowego sędziego. Ocena dowodów jest istotą sędziowskiego wymiaru sprawiedliwości i dla skutecznego zakwestionowania oceny dokonanej przez sąd pierwszej instancji konieczne jest wykazanie, że sąd ten dokonując oceny dowodów w sposób rażący naruszył podstawowe reguły takiej oceny, a więc zasady logicznego rozumowania, doświadczenia życiowego, prawidłowego wnioskowania (por. np. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z 29.10.2015r., III AUa 822/15). Nie jest usprawiedliwiony zarzut naruszenia art. 233 § 1 kpc wyłącznie z tej tylko przyczyny, że własna ocena dowodów dokonana przez stronę jest odmienna od oceny sądu.

W ocenie Sądu II instancji w rozpatrywanym przypadku Sąd Rejonowy dokonał oceny materiału dowodowego nie naruszając w/w zasady. Należy szczególnie podkreślić, że brak podstaw do podzielenia zapatrywania apelującego jakoby doszło do zafałszowania dowodów czy ich zmanipulowania. Ustalenia faktyczne poczyniono w oparciu o dokumenty zgromadzone w aktach organu rentowego zarówno sporządzone przez samego ubezpieczonego (m.in. deklaracje rozliczeniowe) jak i przez organ, a także przez lekarzy leczących ubezpieczonego, których przecież

ubezpieczony nie kwestionował oraz w oparciu o opinię biegłych. Jeśli chodzi o moc dowodową tego ostatniego środka dowodowego, to jego ocena przebiega według odmiennych reguł niż inne dowody, co wyłuszczone w uzasadnieniu Sądu I instancji i co nie wymaga powtórzenia w tym miejscu. Zresztą, co istotne, większość, a właściwie całość, ustaleń faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia odwołań R. F. nie podlegała sporowi. Bezsprzeczne jest bowiem, że apelujący podlega obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym emerytalnemu i rentowym oraz wypadkowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na podstawie art. 6 ust. pkt 5 i art. 12 ust. 1 u.s.u.s. pozostając jednocześnie uprawnionym do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy nieprzerwanie od 1999r. Z mocy art. 11 ust. 2 u.s.u.s. ubezpieczony podlegał natomiast dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu. Bezsprzeczne też, wbrew zapatrywaniu apelującego, jest fakt korzystania przezeń wcześniej z zasiłków chorobowych w okresach od 17 kwietnia 2012 – 17 do kwietnia 2014r.

Apelujący faktycznie nie wskazał, który to dowód z w/w takiemu zafalszowaniu miał ulec. Dla objaśnienia tej kwestii ubezpieczonemu i dla właściwego rozpatrzenia apelacji trzeba zaznaczyć dalej, że w toku postępowania cywilnego dowodzeniu podlegają jedynie fakty istotne dla rozstrzygnięcia sprawy (art. 227 kpc), a te zaś wynikają z konkretnych przepisów prawa materialnego, jakie winny znaleźć zastosowanie w sprawie. Z kolei o tym jakie przepisy prawa materialnego znajdują zastosowanie w sprawie decydują okoliczności faktyczne sprawy. Jako, że rozpatrywana sprawa należy do kręgu spraw z zakresu ubezpieczeń społecznych zastosowanie muszą znaleźć te przepisy, które regulują przedmiot zaskarżonej decyzji. Mając więc na uwadze, że przedmiotem sprawy są kolejne decyzje dotyczące odmowy przyznania R. F. prawa do zasiłku chorobowego, Sąd I instancji słusznie ustalił stan faktyczny mając na uwadze przepisy ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (dalej w skrócie jako ustawa zasiłkowa) oraz przepisy ustawy z 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych czyli cyt. wyżej ustawy systemowej (lub u.s.u.s.).

Przechodząc do meritum rozważań należy jedynie uzupełnić wywody Sądu I instancji. Kluczową kwestią dla rozstrzygnięcia jest, według Sądu Okręgowego we Włocławku, podleganie ubezpieczonego dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w maju i październiku 2014r. Jak słusznie wskazał Sąd I instancji osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym w zakresie ubezpieczeń emerytalnego i rentowych (art. 6 ust.1. pkt 5 ustawy systemowej). Natomiast ubezpieczeniu chorobowemu podlega jedynie dobrowolnie na swój wniosek (art. 11 ust. 2 ustawy systemowej). Skuteczne złożenie wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym uzależnione jest od uiszczenia składki na takie ubezpieczenie. W przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą obowiązek obliczenia i opłacenia składek ciąży na nich samych co wynika z art. 17 ust. 3 w zw. z art. 16 ust. 4 pkt 7 ustawy systemowej (jednocześnie są ubezpieczonymi i płatnikami składek). Sąd Rejonowy we Włocławku w całości prawidłowo dokonał zarówno ustaleń jak i wywodów prawnych wskazując na ich poparcie wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 4.10.2000r. w sprawie III AUa 1514/99. Należy dodać, że zbieżne stanowisko w tej kwestii prezentowane jest także w najnowszym orzecznictwie - por. np. wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z 3.07.2014r. w sprawie III AUa 1349/13.

Aby więc uzyskać odpowiedź na kluczowe dla rozstrzygnięcia pytanie należy przede wszystkim ustalić, czy R. F. uiszczył należną składkę w miesiącach maj i czerwiec 2014r. Jak bezspornie to ustalono ubezpieczony opłacił składki za te miesiące w zmniejszonej (niepełnej wysokości) co uzasadnił zasadą przewidzianą w art. 18 ust. 9 i 10 u.s.u.s. czyli proporcjonalnym zmniejszeniem podstawy wymiaru składki z powodu choroby. Powstaje więc kolejne pytanie. Czy R. F. miał prawo do proporcjonalnego obniżenia podstawy wymiaru składki na ubezpieczenia społeczne w tym chorobowe za miesiące, w których uzyskał objęte sporem zwolnienia lekarskie. Sąd Rejonowy orzekł wprost, iż takiego prawa apelujący nie miał (do tego „nie był uprawniony”), co też stało się zarzutem apelacji. Jednak jest to zarzut całkowicie niezasadny. Rozważania Sądu Rejonowego zmierzają do wskazania, iż składki na ubezpieczenie chorobowe nie zostały należycie opłacone, co powoduje ustanie ubezpieczenia. Jest to w całości stwierdzenie uprawnione. Zdaniem Sądu Okręgowego, skoro zasadą jest, że zmniejszeniu proporcjonalnemu zgodnie z art. 18 ust. 9 i 10 u.s.u.s. podlegają składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe, a w myśl art. 20 ust. 1-3 ustawy systemowej podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe oraz ubezpieczenie wypadkowe stanowi podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i ubezpieczenia rentowe, z zastrzeżeniem ust. 2 i ust. 3, to należy uznać, że

ubezpieczony na wypadek choroby i macierzyństwa przedsiębiorca, podlegający temu ubezpieczeniu dobrowolnie, co do zasady ma prawo obniżyć odpowiednio składkę na ubezpieczenie chorobowe, pod warunkiem jednak, że spełnia warunki do przyznania zasiłku chorobowego. Wbrew zapatrywaniu apelującego nie jest to oczywistym w jego przypadku. Zasady przyznawania zasiłku chorobowego wynikają z art. 6-9 oraz 12-17 ustawy zasiłkowej. Podstawową zasadą jest, że zgodnie z art. 6 ustawy zasiłkowej zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy w czasie trwania ubezpieczenia. Okres trwania ubezpieczenia należy odmiennie rozumieć niż okres podlegania ubezpieczeniu bowiem np. okres zatrudnienia to okres podlegania ubezpieczeniu ale jeśli niezdolność do pracy pracownika przypadnie w tym czasie w okresie urlopu bezpłatnego, zasiłek chorobowy nie będzie już takiemu pracownikowi przysługiwał.

Jeżeli chodzi o ubezpieczonych chorobowo dobrowolnie, jak R. F., to istotną kwestią determinującą trwanie ubezpieczenia chorobowego jest opłacenie składki na to ubezpieczenie. Zgodnie bowiem z art. 14 ustawy systemowej ust. 1. objęcie dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym, rentowymi i chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony, z zastrzeżeniem ust. 1a (czyli o ile zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4 – w ciągu 7 dni od powstania tytułu). W myśl art. 14 ust. 2. ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe, o których mowa w ust. 1, ustają:

1) od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony;

2) od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie - w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących, duchownych oraz osób wymienionych w art. 7; w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, z zastrzeżeniem ust. 2a;

3) od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom.

Nie chodzi tu jednak, jak zdaje się rozumować apelujący, o opłacenie tylko części składki, nawet jeśli nastąpiło to w ustawowym terminie. Jak wskazał trafnie Sąd Apelacyjny w Rzeszowie w cytowanym wyżej wyroku w sprawie III AUa 1349/13 osoba składająca wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym i oczekująca świadczeń od organu rentowego, zobowiązana jest do opłacania składki na to ubezpieczenie w terminie i we właściwej wysokości. Dla zachowania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego konieczne jest zapłacenie składki należnej na to ubezpieczenie. Określenie "składki należnej" nie jest więc przypadkowe, gdyż odnoszący się do składki przymiotnik oznacza pełną składkę, a więc dla zachowania przedmiotowego ubezpieczenia nie wystarcza uiszczenie części składki. Opłacenie składki w niepełnej wysokości jest zatem podstawą dla uznania, że zaistniały przesłanki do ustania podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z mocy prawa, od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono składki w pełnej wysokości. Jedynie złożenie wniosku o przywrócenie terminu do opłacenia składek umożliwia ewentualne kontynuowanie ubezpieczenia. Opłacenie składki po ustaniu z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia nie powoduje dalszego trwania ochrony ubezpieczeniowej z wygasłego stosunku ubezpieczenia. Ubezpieczenie to wygasa nawet w sytuacji, gdy osoba zobowiązana nie ponosi winy za nieopłacenie składki. Wyrażenie przez organ rentowy zgody na opłacenie składki po terminie sprawia natomiast, że pomimo, iż składka nie została uiszczona w terminie, dobrowolne ubezpieczenie nie ustaje.

Nie podlega sporowi, że R. F. nie opłacił składki na ubezpieczenie chorobowe w maju i październiku 2014r. w pełnej, należnej wysokości. Apelujący sam przyznał, że w tych miesiącach dokonał zmniejszenia proporcjonalnego składki z uwagi na zwolnienia chorobowe. Zrobił to rozmyślnie, będąc przekonany o słuszności swego stanowiska i nie wnosił o przywrócenie terminu do opłacenia składek w pełnej wysokości. Oznacza to zatem, że za te miesiące składka została opłacona w niepełnej wysokości i zgodnie z przepisem art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej ubezpieczenie chorobowe apelującego ustało odpowiednio od 1 maja i 1 października 2014r. Trzeba więc wyraźnie podkreślić, zdaniem Sądu II instancji, że prawo przedsiębiorcy do zmniejszenia proporcjonalnego składki nie może być realizowane w sposób,

w jaki dokonał tego ubezpieczony czyli z chwilą wydania mu zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego niezdolność do pracy w danym dniu miesiąca. Wydanie takiego zaświadczenia przez lekarza leczącego nie jest bowiem jeszcze równoznaczne ze spełnieniem warunków do przyznania ubezpieczonemu zasiłku chorobowego. Istotne jest bowiem czy ubezpieczony podlega ubezpieczeniu i czy kolejna niezdolność do pracy nie przekracza okresu przysługiwania prawa do zasiłku czyli 182 dni i in.. Okoliczności tych nie może oceniać samodzielnie ubezpieczony. Należy to do zakresu działania organu rentowego. Dopiero z chwilą ustalenia, że ubezpieczony spełnia przesłanki ustawowe do przyznania mu zasiłku chorobowego (a następuje to zazwyczaj z chwilą przystąpienia przez Zakład do wypłaty zasiłku za konkretny okres czasu określony zwolnieniem lekarskim) powstaje prawo ubezpieczonego do zmniejszenia składki na ubezpieczenia społeczne w tym chorobowe za dany okres. By wyeliminować ewentualne obawy ubezpieczonego, należy dodać, że nie oznacza to pozbawienia przedsiębiorcy faktycznego prawa do opłacenia zmniejszonej składki. Następuje to bowiem, o ile nastąpi opłacenie składki przed wypłatą zasiłku chorobowego, w trybie tzw. korekty raportu miesięcznego za dany okres. Art. 41 ustawy systemowej ust. 1. stanowi, że płatnik składek przekazuje do Zakładu imienne raporty miesięczne, po upływie każdego miesiąca kalendarzowego, w terminie ustalonym dla rozliczania składek. Zgodnie z ust. 6. cyt. art. płatnik składek jest zobowiązany złożyć imienny raport miesięczny korygujący w formie nowego dokumentu zawierającego wszystkie prawidłowe informacje określone w ust. 3-5, jeżeli zachodzi konieczność korekty danych podanych w imiennym raporcie miesięcznym w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości:

1) przez płatnika składek we własnym zakresie; 2) przez Zakład.

Zgodnie dalej z ust. 7a. płatnik składek jest zobowiązany złożyć imienny raport miesięczny korygujący, o którym mowa w ust. 6, w terminie 7 dni od stwierdzenia nieprawidłowości we własnym zakresie lub otrzymania zawiadomienia o stwierdzeniu nieprawidłowości przez Zakład, z zastrzeżeniem ust. 7b.

W świetle cytowanych uregulowań R. F. mógłby zmniejszyć proporcjonalnie składki na ubezpieczenie chorobowe dopiero po przyznaniu mu prawa do zasiłków chorobowych, poprzez złożenie korekty deklaracji rozliczeniowych za maj i październik. Dokonanie zmniejszenia składki wcześniej, tak jak uczynił to sam ubezpieczony w realiach rozpoznawanej sprawy, było nieprawidłowe i spowodowało ustanie ubezpieczenia chorobowego apelującego odpowiednio od 1 maja 2014r. i 1 października 2014r. Dalszą konsekwencją powyższego była odmowa przyznania zasiłku chorobowego. Skoro ubezpieczenie chorobowe R. F. ustąpiło z dniem 1 maja 2014r. a jest on uprawniony do renty z tytułu niezdolności do pracy na stałe, to z mocy art. 13 ust. 1 pkt 1 ustawy zasiłkowej, który stanowi, 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: ma ustalone prawo do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, zasiłek chorobowy za okres od 7. do 27.05.2014r. i od 31.05. do 28.06. 2014r. mu nie przysługuje. Analogicznie należy stwierdzić, że wobec opłacenia składki w zaniżonej wysokości w październiku 2014r. ubezpieczenie chorobowe apelującego ustąpiło od 1 października 2014r. Stąd też nie przysługuje mu zasiłek chorobowy za kolejne, sporne, okresy niezdolności do pracy.

W tej sytuacji dalsze rozważania są w zasadzie zbędne. Pokróćce tylko można dodać, że pozostałe zarzuty apelacji są chybione. Sąd Okręgowy nie znalazł podstaw do ich uwzględnienia.

Wskazać trzeba, że w sprawach o świadczenie pieniężne z ubezpieczenia chorobowego rozstrzygnięcie zazwyczaj zależy również od oceny stanu zdrowia ubezpieczonego. W takich sytuacjach konieczne jest zasięgnięcie opinii biegłych lekarzy sądowych albowiem sąd nie posiada wiadomości specjalnych z zakresu medycyny. Dopuszczenie takiego dowodu jest wręcz obligatoryjne, nawet jeśli sędzia dysponuje pewnym zasobem wiadomości i doświadczenia w konkretnej dziedzinie. Sąd nie może orzec w tego rodzaju sprawie bazując tylko na własnej wiedzy z zakresu wiadomości specjalnych, zastępując tym samym biegłych, bo w ten sposób pozbawiłby strony możliwości ustosunkowania się do dowodu w tej materii przed wydaniem wyroku. W tym przypadku jednak kwestia czy okresy krótkoterminowej niezdolności do pracy ubezpieczonego są spowodowane tym samym schorzeniem, które uzasadniało i nadal uzasadnia przyznanie mu renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy, pozostaje bez istotnego

znaczenia dla rozstrzygnięcia odwołań z uwagi na fakt ustania jego ubezpieczenia chorobowego odpowiednio z dniem 1 maja i 1 października 2014r. Stąd też zdaniem Sądu II instancji powołanie biegłych nie było konieczne. Skoro jednak Sąd Rejonowy ustalił także i ocenił przyczynę krótkoterminowych niezdolności do pracy ubezpieczonego w okresach objętych zaskarżonymi decyzjami, to należy podzielić jego stanowisko co do braku możliwości pobierania dwóch świadczeń z ubezpieczeń społecznych w postaci zasiłku chorobowego i renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z jedną chorobą rozumianą jako dysfunkcja pewnego narządu organizmu człowieka (np. kręgosłupa czy nerek). Słusznie więc Sąd I instancji ocenił tę kwestię, ustalając iż w okresie od 7 do 27 maja niezdolność do pracy R. F. była spowodowana chorobą kręgosłupa czyli tym samym schorzeniem uzasadniającym przyznanie mu renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy, Skoro zaś od 1 maja 2014r. ustało ubezpieczenie chorobowe apelującego, to dalszym następstwem jest ocena, zgodnie z którą nie przysługuje mu prawo do zasiłku chorobowego za okres od 31maja do 28 czerwca 2014r. choć w tym przypadku podstawą niezdolności było inne schorzenie – stan po operacji wodniaka jądra. Wynika to z faktu, że ta niezdolność przypadła w okresie gdy apelujący nie podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Z kolei od 2 października 2014r. niezdolność do pracy spowodowana była ponownie schorzeniem kręgosłupa, przy czym w tym okresie R. F. nie podlegał już ubezpieczeniu z powodu nieopłacenia składki. Ponownego wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym nie złożył, toteż kolejne zwolnienia lekarskie od 15 grudnia 2014r., mimo że już z innej przyczyny także nie skutkowały przyznaniem zasiłku chorobowego.

Mając na względzie powyższe na podstawie art. 385 kpc apelacja podlegała oddaleniu.