

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 10 stycznia 2017 roku Sąd Rejonowy dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi w punkcie pierwszym zmienił zaskarżoną decyzję z dnia 13 listopada 2014 roku nr (...) w części i ustalił, że A. M. (1) nie jest zobowiązany do zwrotu odsetek ustawowych w kwocie 192,64 złote naliczonych od zasiłku chorobowego nienależnie pobranego za okres objęty w/w zaskarżoną decyzją; w punkcie drugim oddalił odwołania w pozostałej części.

Sąd I instancji oparł orzeczenie na następujących ustaleniach faktycznych:

Wnioskodawca nie podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 01 lutego 2014r do dnia 31 marca 2014r, a także od dnia 01 maja 2014r do dnia 30 września 2014r (z uwagi na nieprawidłowe rozliczenie składek za luty 2014r), co potwierdzono prawomocną decyzją ZUS z dnia 17 października 2014r.

Powyższe okoliczności, potwierdził prawomocny wyrok Sądu Okręgowego w Ł. VIII Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w sprawie VIIIU 4321/14, którym oddalono odwołanie wnioskodawcy od decyzji ZUS z dnia 17 października 2014r stwierdzającej nie podleganie ubezpieczeniu chorobowemu w w/w okresach.

Dodatkowo, wnioskodawca nie uiszczył w prawidłowej wysokości składki na ubezpieczenia chorobowe za listopad 2014r (niedopłata) oraz za marzec 2015r.

Stan Rejonowy dokonując oceny materiału dowodowego podkreślił, iż stan faktyczny w sprawie był zasadniczo bezsporny. Wnioskodawca, nie stawiał się na rozprawie, nie składał wniosków dowodowych mających znaczenie dla rozpoznania sprawy. Kartoteka zasiłkowa znajdowała się w aktach ZUS. Dokument ten nie miał znaczenia dla wyniku sporu, ponieważ bezsporne było, że wnioskodawca otrzymał zasiłki chorobowe w kwotach wskazanych w jednej z zaskarżonych decyzji. Natomiast wnioski z pkt. 7 „b” do „d” nie mogły być uwzględnione, ponieważ nie były przydatne dla ustalenia okoliczności istotnych dla wyniku sporu. Sąd wniosków tych nie uwzględnił, poprzestając na materiale dowodowym zgromadzonym w aktach sprawy (wnioskodawca nie stawiał się i nie składał innych wniosków, przydatnych dla rozstrzygnięcia).

W oparciu o powyższe ustalenia Sąd I instancji uznał, iż odwołanie zasadniczo nie zasługiwało na uwzględnienie, ponieważ w sprawie, nie zostały spełnione przesłanki z art. 1 ust.1 ustawy zasiłkowej. Sąd meriti zacytował przepisy ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U.

z 2015 r. poz. 121, z późn. zm.) oraz przepisy ustawy zasiłkowej. Nadto Sąd wskazał, iż niezdolność wnioskodawcy do pracy w okresach wskazanych

w zaskarżonych decyzjach nie była kwestionowana. Wnioskodawca nie podlegał jednak dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od dnia 01 lutego 2014r do dnia 31 marca 2014r, a także od dnia 01 maja 2014r do dnia 30 września 2014r (z uwagi na nieprawidłowe rozliczenie składek za luty 2014r), co potwierdzono prawomocną decyzją z dnia 17 października 2014r. Także składka za listopad 2014r i za marzec 2015r nie została uiszczona w prawidłowej wysokości. Sąd I instancji podkreślił, iż wnioskodawca nie wykazał, aby było inaczej. Zaniżenie wysokości składek wiązało się z odliczaniem przez wnioskodawcę proporcjonalnie części składek za okresy zwolnień lekarskich. W związku z decyzją ZUS z dnia 17 października 2014r okazało się jednak, że wnioskodawca nie podlega ubezpieczeniu chorobowemu od lutego 2014r. W tej sytuacji, za późniejsze okresy zwolnień lekarskich nie nabył prawa do zasiłków chorobowych i tym samym nie miał możliwości odliczania części kwot składek za te okresy, ponieważ brak prawa do zasiłków powodował obowiązek odprowadzenia za dane miesiące składek w pełnej kwocie. Wnioskodawca nie brał tego pod uwagę i błędnie wywodził o prawidłowości opłacenia składek np. za listopad i grudzień 2014r oraz marzec 2015r, a nawet

o nadpłacie. Sąd Rejonowy zaakcentował, że wnioskodawca nie stawiał się na ostatniej rozprawie i zaniechał dowodzenia okoliczności mających wpływ na prawo do świadczeń a wywiedzionych w odwołaniach. Dokumentacja,

której domagał się wnioskodawca znajdowała się w aktach rentowych i nie było potrzeby ponownego jej żądania od ZUS. Wobec tego nie uwzględniono wniosków A. M. z odwołania o załączanie dokumentacji, którą Sąd już dysponował.

Sąd I Instancji podkreślił, iż ubezpieczenie chorobowe wnioskodawcy ustało (co potwierdzono prawomocnym wyrokiem Sądu Okręgowego) w lutym 2014r. Sąd Rejonowy wskazał, że jest związany w/w orzeczeniem, tak jak i wyrokiem Sądu Okręgowego w sprawie VIII U 4321/14. Sąd meriti podsumował, że wobec powyższego i w związku z brakiem wniosku A. M. o ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, które powstaje od dnia wniosku

o objęcie nim, należało uznać, że wnioskodawca od lutego 2014r nie podlega ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu działalności gospodarczej. Wykluczało to możliwość przyznania prawa do spornych zasiłków chorobowych. Wnioskodawca nie wykazał, aby taki ponowny wniosek złożył po lutym 2014r, a ZUS nie podnosił, aby taka okoliczność miała miejsce. W ocenie Sądu Rejonowego koniunkturalne uznawanie przez ZUS, że wnioskodawca podlega ubezpieczeniu chorobowemu

w pewnych miesiącach, a w pewnych już nie (co wynika z zamiaru nie rozliczania składek i nie dokonywania ich zwrotu dla wnioskodawcy) nie przesądza

o faktycznym objęciu ubezpieczeniem chorobowym, gdy wnioskodawca od lutego 2014r przestał podlegać takiemu ubezpieczeniu (co potwierdziła wskazana wyżej decyzja ZUS, którą skontrolował Sąd Okręgowy jako Sąd odwoławczy). Brak ponownego wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym wykluczał objęcie wnioskodawcy ubezpieczeniem z tytułu choroby.

W dalszej części rozważań, Sąd Rejonowy powołując się na treść art. 14 ustawy systemowej, wskazał, że 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. Objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4. Sąd Rejonowy wskazał także na przypadki, w których ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe, o których mowa w ust. 1, ustają.

Sąd I instancji powołując się na orzecznictwo i literaturę wskazał, że gdy ubezpieczony został wyłączony z mocy prawa z ubezpieczenia dobrowolnego na skutek nieopłacenia składek na to ubezpieczenie, takim przypadku niezbędny jest wniosek ubezpieczonego o ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem, gdyż poprzedni stosunek ubezpieczenia ustal z mocy prawa, a za niewystarczające należy uznać samo opłacenie składek po ustaniu dobrowolnego ubezpieczenia, które nie może powodować ponownego nawiązania stosunku tego ubezpieczenia.

W konsekwencji Sąd Rejonowy stanął na stanowisku, że wnioskodawca nie podlegał w spornych okresach dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako prowadzący działalność gospodarczą, nie mógł więc nabyć prawa do zasiłków chorobowych za okresy objęte rozpatrywanymi decyzjami. Sąd meriti podkreślił, że w sprawie, nie zachodziła potrzeba dokonywania odrębnych ustaleń faktycznych

w tym zakresie, skoro prawomocna decyzja ZUS z dnia 17 października 2014r stanowiła podstawę rozstrzygnięcia, a Sąd był związany ustaleniami, co do niepodlegania przez wnioskodawcę ubezpieczeniom społecznym w spornym okresie od lutego 2014r. Wobec powyższego, Sąd na podstawie art. 477¹⁴§ 1 k.p.c. odwołanie oddalił, poza częścią dotyczącą zwrotu odsetek ustawowych.

Sąd Rejonowy w zakresie odsetek ustawowych naliczonych od świadczeń, które zostały nienależnie pobrane, powołał treść art. 66 ustawy zasiłkowej oraz art. 84 ust. 1 i 2 ustawy systemowej. Sąd Rejonowy ocenił, iż organ rentowy wadliwie naliczył odsetki od w/w nienależnych świadczeń od dnia następnego po dniu wypłaty świadczenia do dnia wydania decyzji, ponieważ wnioskodawca winien zwrócić kwoty główne zasiłków za okres wskazany w decyzji z dnia 13 listopada 2014r, ale bez odsetek wadliwie naliczonych przez organ rentowy do dnia wydania decyzji. W tym zakresie Sąd meriti podkreślił, że skoro wydanie decyzji administracyjnej jest konieczne w celu stwierdzenia obowiązku zwrotu nienależnie pobranego świadczenia, nie można mówić o opóźnieniu w spełnieniu tego obowiązku przed wydaniem decyzji. Konsekwencją powyższego jest zatem uznanie, że nie ma podstaw do żądania przez organ rentowy zwrotu

odsetek naliczanych od dnia wypłaty świadczenia uznanego za nienależne (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 19 listopada 2013 r., sygn. akt III AUa 198/13, Lex nr 1400345). Sąd Rejonowy wskazał również, że w orzecznictwie nie budzi wątpliwości, iż nienależnie pobrane świadczenie z ubezpieczenia społecznego nie podlega zwrotowi w dacie wypłaty. Świadczenia z ubezpieczeń społecznych są przyznawane i wypłacane w drodze decyzji administracyjnych. Nie byłby zatem uzasadniony wniosek, że świadczenia wypłacone na podstawie pozostającej w obrocie prawnym decyzji administracyjnej - jako nienależne - podlegają zwrotowi w dacie wypłaty, choćby przesłanki przyznania świadczenia w rzeczywistości nie istniały lub odpadły. Świadczenia takie podlegają zwrotowi, gdy organ rentowy wyda stosowną decyzję. Pogląd ten znajduje uzasadnienie również w treści art. 84 ust. 4 i 7 ustawy systemowej, w których użyto sformułowania "kwoty nienależnie pobranych świadczeń ustalone prawomocną decyzją" oraz "uprawomocnienie się decyzji ustalającej te należności" (tak też Sąd Najwyższy w wyroku z 3 lutego 2010 r., I UK 210/09, LEX nr 585713).

Zaprezentowana przez Sąd I instancji ocena skutkowała zmianą decyzji z dnia 13 listopada 2014 roku w części dotyczącej odsetek, poprzez ustalenie, że wnioskodawca nie jest zobowiązany do zwrotu odsetek ustawowych w kwocie 192,64 zł naliczonych od zasiłku chorobowego nienależnie pobranego za okres objęty w/w zaskarżoną decyzją.

Apelację od powyższego wyroku wniósł ubezpieczony. W uzupełnieniu braków formalnych apelacji wnioskodawca sprecyzował, iż zaskarża wyrok w całości, także w zakresie rozstrzygnięcia zawartego w punkcie 1 wyroku. Zaskarżonemu wyrokowi wnioskodawca zarzucił nieprawidłowo ustalony stan faktyczny w przedmiotowej sprawie. Skarżący podniósł, że Sąd nie rozpatrzył wszystkich ustaleń faktycznych w przedmiotowej sprawie. Stanowisko Sądu w tym zakresie jest błędne gdyż nie opiera się na pełnej wiedzy o stanie faktycznym. Sąd Okręgowy nie wziął bowiem pod uwagę okoliczności, iż niezdolność do pracy strony trwała do 11 lutego 2016 roku, co potwierdzają załączone zaświadczenia lekarskie, wskazane w treści uzasadnienia apelacji. Zdaniem skarżącego w świetle przedstawionych okoliczności kwestia oceny staranności strony winna zostać inaczej oceniona przez Sąd.

Apelujący wniósł o uchylenie wyroku jako wydanego w oparciu o nieprawidłowo ustalony stan faktyczny w przedmiotowej sprawie.

Organ rentowy wniósł o oddalenie apelacji.

Sąd Okręgowy – Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych zważył, co następuje:

Zgodnie z art. 370 k.p.c. sąd pierwszej instancji odrzucił na posiedzeniu niejawnym apelację wniesioną po upływie przepisanej terminu lub też z innych przyczyn **niedopuszczalną**, jak również apelację, której braków strona nie uzupełniła w wyznaczonym terminie.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego utrwalony jest pogląd uzależniający uprawnienie do wniesienia środka odwoławczego od istnienia gravamen, pokrzywdzenia strony orzeczeniem sądu niższej instancji. Pokrzywdzenie miałoby polegać na całkowitym bądź częściowym nieuwzględnieniu żądań strony i uwidacznia się poprzez porównanie twierdzeń strony o przysługujących jej prawach z rozstrzygnięciem o tych prawach zawartym w orzeczeniu (zob. uzasadnienie postanowienia SN z dnia 8 kwietnia 1997 r., I CKN 57/97, OSNC 1997, nr 11, poz. 166; zob. także postanowienie SN z dnia 5 września 1997 r., III CKN 152/97, Lex, nr 50615; postanowienie SN z dnia 23 marca 2006 r., II CZ 22/06, Lex, nr 96615).

W rozpoznawanej sprawie A. M. (1), w uzupełnieniu braków formalnych apelacji, sprecyzował, iż zaskarża wyrok także w zakresie rozstrzygnięcia zawartego w punkcie 1 sentencji, czyli w tej części, w której Sąd I instancji uwzględnił odwołanie od decyzji z dnia 13 listopada 2014 roku, zmieniając decyzję w części tj. w zakresie obowiązku uiszczenia odsetek ustawowych naliczonych od należności głównej do dnia wydania decyzji.

Mając zatem na uwadze, że apelacja dotyczy rozstrzygnięcia korzystanego dla skarżącego, Sąd Okręgowy odrzucił apelację w zakresie punktu pierwszego wyroku na podstawie art. 373 kpc w zw. z art. 370 kpc.

W pozostałym zakresie apelacja wnioskodawcy nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd Okręgowy w całości podziela ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd Rejonowy. Należy przy tym podkreślić, iż skarżący poza postawieniem zarzutu nie uwzględnił wszystkich okoliczności faktycznych, nie sprecyzował na czym to uchybienie miałyby polegać. W treści uzasadnienia apelacji skarżący wskazał na numery czterech zaświadczeń lekarskich, wskazując, że był niezdolny do pracy do lutego 2016 roku. Wskazał również, że okoliczność ta winna być wzięta pod uwagę „przy ocenie staranności strony przez Sąd Okręgowy”.

Przede wszystkim słusznie Sąd I instancji podkreślił, iż wnioskodawca nie przedstawił żadnych dowodów, które miałyby wykazać okoliczności przeciwne do wskazanych w uzasadnieniach skarżonych decyzji. Wnioskodawca nie stawiał się na terminie rozprawy, także w postępowaniu przed sądem II instancji nie wskazał, jakie okoliczności faktyczne Sąd meriti pominął. Tymczasem z treści uzasadnienia Sądu I instancji wynika, że ustalenia faktyczne były poczynione przez sąd tylko na podstawie dokumentów, niekwestionowanych przez wnioskodawcę. Nadto Sąd Rejonowy związany był treścią prawomocnej decyzji z dnia 17 października 2014 roku i ustaleniem w niej zawartym, że wnioskodawca nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresach od dnia 1 lutego 2014 roku do dnia 31 marca 2014 roku i od dnia 1 maja 2014 roku do dnia 30 września 2014 roku.

W tym zakresie Sąd I instancji nie mógł czynić własnych ustaleń, stąd trudno Sądowi meriti postawić zarzut, że pewne okoliczności pominął.

W pozostałym zakresie Sąd I instancji oparł się na materiale dowodowym zebrany w sprawie, dokonując jego oceny i kwalifikując te ustalenia z punktu widzenia prawidłowo zastosowanych przez sąd przepisów prawa.

Należy przy tym zaznaczyć, iż przedmiotem rozpoznania sądu były odwołania od sześciu decyzji, przy czym decyzją z dnia 13 listopada 2014 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. odmówił A. M. (1) prawa do zasiłku chorobowego za okres od 20 lutego 2014r do dnia 04 marca 2014r oraz za okres od dnia 02 maja 2014r do dnia 31 maja 2014r i od 12 czerwca 2014r do dnia 26 września 2014r, a także zobowiązał wnioskodawcę do zwrotu świadczeń pobranych za w/w okres w kwocie 7442,60 zł (w tym odsetek ustawowych w kwocie 192,64 zł). Decyzja organu rentowego została oparta

o prawomocne ustalenie wynikające z decyzji z dnia 17 października 2014 roku, że wnioskodawca nie podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 01 lutego 2014r do dnia 31 marca 2014r oraz od dnia 01 maja 2014r do dnia 30 września 2014r (z uwagi na nieprawidłowe rozliczenie składek za luty 2014r). Ustaleniem tym jak wskazano wyżej, Sąd Rejonowy był związany i stąd ocenie prawnej podlegały tylko konsekwencje nie podlegania ubezpieczeniu chorobowemu w odniesieniu do wypłaconych już świadczeń.

Sąd Rejonowy prawidłowo zastosował przepisy ustawy zasiłkowej, oceniając iż nie podleganie ubezpieczeniom społecznym, w tym przypadku ubezpieczeniu chorobowemu wyklucza prawo do świadczeń związanych z chorobą. W konsekwencji prawidłowo ocenił, że wypłacony zasiłek chorobowy za okres od 20 lutego 2014r do dnia 04 marca 2014r oraz za okres od dnia 02 maja 2014r do dnia 31 maja 2014r i od 12 czerwca 2014r do dnia 26 września 2014r, jest świadczeniem nienależnym i podlega zwrotowi w kwocie należności głównej.

Zgodnie bowiem z art. 84 ust. 1, 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r.

o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr 137, poz. 887) osoba, która pobrała nienależne świadczenie z ubezpieczeń społecznych, jest obowiązana do jego zwrotu, wraz z odsetkami, w wysokości i na zasadach określonych przepisami prawa cywilnego, z uwzględnieniem ust. 11. Za kwoty nienależnie pobranych świadczeń uważa się:

1) świadczenia wypłacone mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty w całości lub w części, jeżeli osoba pobierająca świadczenie była pouczona o braku prawa do ich pobierania,

2) świadczenia przyznane lub wypłacone na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzania w błąd organu w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia.

Jednocześnie Sąd I instancji zmienił zaskarżoną decyzję w zakresie obejmującym obowiązek zwrotu odsetek ustawowych naliczonych za sporne okresy do dnia wydania decyzji dokonując prawidłowej interpretacji przepisu art. 84 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych i skutków wydania decyzji administracyjnej dla zobowiązań adresatów tych decyzji. W wyroku z dnia 21 marca 2013 r., sygn. akt III AUa 1311/12 Sąd Apelacyjny w Krakowie wskazał, że zgodnie z art. 84 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych osoba, która pobrała nienależne świadczenie z ubezpieczeń społecznych, jest obowiązana do jego zwrotu, wraz z odsetkami, w wysokości i na zasadach określonych przepisami prawa cywilnego. Odesłanie do "prawa cywilnego" dotyczy wyłącznie zasad zapłaty i wysokości odsetek, a nie zasad zwrotu nienależnego świadczenia. Nie ma zatem żadnych podstaw do stosowania przepisów prawa cywilnego (o bezpodstawnym wzbogaceniu lub czynie niedozwolonym) do oceny wymagalności, czy przedawnienia samego nienależnie pobranego świadczenia. Zasady określające zwrot takiego świadczenia ze względu na upływ czasu (dawność, w tym znaczeniu potocznie przedawnienie) wskazane są w art. 138 ust. 4 i 5 ustawy o emeryturach i rentach

z funduszu ubezpieczeń społecznych (zasadniczo za okres nie dłuższy niż 3 lata od "żądania zwrotu", czyli wydania decyzji w tym przedmiocie). "Żądanie zwrotu" nienależnie pobranego świadczenia następuje przez doręczenie dotyczącej tego decyzji (można powiedzieć, że staje się wymagalne w tym momencie, a nie w czasie spełniania świadczeń). Z tą chwilą następuje też wymagalność (w prawnym znaczeniu według prawa cywilnego - art. 359 § 2 kc) roszczenia o odsetki, gdyż od tej chwili dłużnik pozostaje w opóźnieniu ze spełnieniem świadczenia głównego (art. 481 § 1 kc). Z tą też chwilą rozpoczyna się bieg przedawnienia roszczenia o zapłatę odsetek (art. 120 § 1 kc).

W konsekwencji Sąd I instancji prawidłowo ocenił, iż żądanie zwrotu odsetek od nienależnie wypłaconych świadczeń jest uprawnione dopiero od chwili doręczenia zaskarżonej decyzji pozbawiającej wnioskodawcę prawa do świadczeń i zobowiązującej do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego, nie zaś za okres uwzględniony w decyzji tj. od chwili wypłaty świadczeń nienależnych.

Przedmiotem pozostałych pięciu skarżonych decyzji było prawo do zasiłku chorobowego w okresach:

- od dnia 14 listopada 2014r do dnia 24 grudnia 2014r (decyzja z dnia 12 stycznia 2015 roku),
- od dnia 09 marca 2015r do dnia 03 kwietnia 2015r (decyzja z dnia 29 maja 2015 roku),
- od dnia 20 kwietnia 2015r do dnia 08 czerwca 2015r (decyzja z dnia 16 czerwca 2015 roku),
- od dnia 09 czerwca 2015r do dnia 18 czerwca 2015r (decyzja z dnia 24 czerwca 2015 roku),
- od dnia 19 czerwca 2015r do dnia 06 lipca 2015r (decyzja z dnia 10 lipca 2015 roku).

Podstawą odmowy przyznania prawa do zasiłku było ustalenie, że wnioskodawca nie uiszczył w terminie i w prawidłowej wysokości składek za listopad 2014 roku i marzec 2015 roku, a w konsekwencji nie podlegał ubezpieczeniu chorobowemu.

Także i w tej części rozważania Sądu I instancji należy uznać za trafne.

Stosownie do treści art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 372), zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego.

Zgodnie z art. 4 ust 1 pkt. 2 i ust. 2 powołanej ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa ubezpieczony nabywa prawo do zasiłku chorobowego po upływie 90 dni nieprzerwanego

ubezpieczenia chorobowego - jeżeli jest ubezpieczony dobrowolnie. Do okresów ubezpieczenia chorobowego, o których mowa w ust. 1, wlicza się poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego, jeżeli przerwa między nimi nie przekroczyła 30 dni lub była spowodowana urlopem wychowawczym, urlopem bezpłatnym albo odbywaniem czynnej służby wojskowej przez żołnierza niezawodowego.

Wykładnia językowa art. 11 ust. 2 oraz art. 14 ust. 1 i 1a ustawy systemowej wskazuje na konieczność złożenia przez ubezpieczonego odpowiedniego wniosku jako warunku objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

W każdym przypadku ustania tytułu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu społecznemu (art. 14 ust. 2 ustawy o s.u.s.), ponowne objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami społecznymi wymaga złożenia nowego wniosku przez zainteresowanego, natomiast samo opłacanie składek na dobrowolne ubezpieczenie społeczne po ustaniu z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia nie powoduje dalszego trwania ochrony ubezpieczeniowej z wygasłego stosunku ubezpieczenia społecznego. (tak: Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 10 stycznia 2013 r. sygn. akt, III AUa 895/12).

Zgodnie z dyspozycją art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych ubezpieczenie (...) chorobowe ustaje od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie; w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, z zastrzeżeniem ust. 2a.

Warunkiem, który musi być spełniony, aby zasiłek chorobowy przysługiwał ubezpieczonemu jest to, by ubezpieczony stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego. Jeżeli niezdolność do pracy

z powodu choroby zaczęła się wcześniej niż data objęcia ubezpieczeniem, zasiłek chorobowy nie przysługuje za cały okres nieprzerwanej niezdolności do pracy ubezpieczonego (tak też w: Ubezpieczenia społeczne 2013 Meritum, A. Ślęzak: Świadczenia z ubezpieczenia chorobowego w razie choroby i macierzyństwa, s. 316, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013 r).

W przedmiotowej sprawie Sąd Rejonowy prawidłowo ocenił, iż nie ma podstaw do przyjęcia, że wnioskodawca w okresach spornych decyzji podlegał ubezpieczeniu chorobowemu. Należy przy tym podkreślić, iż Sąd Rejonowy uwzględnił wszystkie okoliczności faktyczne podnoszone w sprawie. Oddalone przez Sąd wnioski dowodowe, dotyczyły dokumentów, które znajdowały się w aktach (kartoteka zasiłkowa), albo zmierzały do ustalenia okoliczności nieistotnych dla rozstrzygnięcia sprawy (regulamin organizacyjny ZUS, dane pracowników odpowiedzialnych za weryfikację dokumentacji zasiłkowej, zeznania dyrektora Oddziału w celu wyjaśnienia trybu nadzoru i kontroli wypłaty zasiłków). Przedmiotem dowodu są fakty mające dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie. (art. 227 kpc). Fakt jest istotny w rozumieniu art. 227 k.p.c., jeżeli dotyczy przedmiotu procesu oraz ma znaczenie prawne w tym sensie, że jego ustalenie jest konieczne z punktu widzenia normy prawnej, która miałaby zastosowanie do stanu faktycznego przedstawionego przez strony. Oznacza to, że jeżeli powoływane fakty nie mają takiego znaczenia, nie powinny być przedmiotem badania w toku postępowania dowodowego (tak SA w Łodzi w wyroku z dnia 15 kwietnia 2016 r, I ACa 1518/15, LEX nr 2044383).

W tej sprawie jak słusznie wskazał Sąd meriti ubezpieczenie chorobowe wnioskodawcy ustało (co potwierdzono prawomocnym wyrokiem Sądu Okręgowego w Łodzi) w lutym 2014r. Wobec powyższego i w związku z brakiem wniosku A. M. o ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, które powstaje od dnia wniosku o objęcie nim, należało uznać, że wnioskodawca od lutego 2014r nie podlega ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu działalności gospodarczej. Wykluczało to możliwość przyznania prawa do spornych zasiłków chorobowych. Wnioskodawca nie wykazał, aby taki ponowny wniosek złożył po lutym 2014r, a ZUS nie podnosił, aby taka okoliczność miała miejsce. Koniunkturalne uznawanie przez ZUS, że wnioskodawca podlega ubezpieczeniu chorobowemu w pewnych miesiącach, a w pewnych już nie (co wynika z zamiaru nie rozliczania składek i nie dokonywania ich zwrotu dla wnioskodawcy) nie przesądza o faktycznym objęciu ubezpieczeniem

chorobowym, gdy wnioskodawca od lutego 2014r przestał podlegać takiemu ubezpieczeniu (co potwierdziła wskazana wyżej decyzja ZUS, którą skontrolował Sąd Okręgowy jako Sąd odwoławczy). Brak ponownego wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym wykluczał objęcie wnioskodawcy ubezpieczeniem z tytułu choroby.

Ustalenia faktyczne Sądu Rejonowego są prawidłowe, zostały bowiem oparte na materiale dowodowym dostarczonym przez strony. W apelacji skarżący nie podważa skutecznie tych ustaleń, a zwolnienia lekarskie, na które powołuje się w treści pisma (zresztą nie załączone do akt sprawy, ani do apelacji), nie ujawniają okoliczności, które miałyby wpływ na rozstrzygnięcie sprawy. Sąd I instancji wskazał, iż nie jest kwestionowana niezdolność wnioskodawcy do pracy w okresach objętych decyzjami. Natomiast świadczenia z ubezpieczenia społecznego przysługują na okres niezdolności do pracy tylko wtedy, gdy niezdolność ta powstaje w trakcie podlegania ubezpieczeniu chorobowemu, a z taką sytuacją w niniejszej sprawie nie mamy do czynienia.

Należy jeszcze tylko w podsumowaniu wskazać, że w myśl art. 233 § 1 kpc sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Oznacza to, że wszystkie ustalone w toku postępowania fakty powinny być brane po uwagę przy ocenie dowodów, a tok rozumowania sądu powinien znaleźć odzwierciedlenie w pisemnych motywach wyroku. Podkreślić należy, że kontrola instancyjna ogranicza się w tym przypadku tylko do zbadania poprawności logicznego rozumowania sądu I instancji.

Dla skuteczności zarzutu naruszenia swobodnej oceny dowodów nie wystarcza zatem stwierdzenie o wadliwości dokonanych ustaleń faktycznych, odwołujące się do stanu faktycznego, który w przekonaniu skarżącego nie odpowiada rzeczywistości. Konieczne jest bowiem wskazanie przyczyn dyskwalifikujących postępowanie Sądu w tym zakresie. W szczególności skarżący powinien wskazać jakie kryteria oceny dowodów naruszył Sąd przy ocenie konkretnych dowodów uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłusznie im je przyznając. Ponadto, jeżeli z określonego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to dokonana ocena nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, można było wysnuć wnioski odmienne (post. SN z dnia 23 stycznia 2001 roku, IV CKN 970/00, niepubl.; wyr. SN z dnia 27 września 2002 roku, II CKN 817/00). Zarzut z art. 233 § 1 kpc nie może polegać na zaprezentowaniu przez skarżącego stanu faktycznego przyjętego przez niego na podstawie własnej oceny dowodów (tak SA we Wrocławiu w wyroku z dnia 31 lipca 2013 r, I ACa 698/13, Lex nr 1369457).

W ocenie Sądu Okręgowego dokonana przez Sąd Rejonowy ocena zgromadzonego w postępowaniu materiału dowodowego jest – wbrew twierdzeniom apelującego – prawidłowa. Sąd I instancji odniósł się do wszystkich istotnych i mających znaczenie dla rozstrzygnięcia zgromadzonych w postępowaniu dowodów. Zastosowane kryteria oceny również nie budzą zastrzeżeń co do ich prawidłowości.

Mając powyższe na względzie, Sąd Okręgowy w pozostałym zakresie oddalił apelację, jako bezzasadną na podstawie art. 385 k.p.c.

Przewodniczący: Sędziowie: