

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 1 czerwca 2020 roku, nr sprawy (...), Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. odmówił P. S. prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 30 grudnia 2019 roku do dnia 25 lutego 2020 roku oraz od dnia 7 marca 2020 roku do dnia 20 marca 2020 roku. Według organu rentowego, z posiadanej dokumentacji wynikało, iż z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej wnioskodawca przystąpił do ubezpieczeń społecznych od dnia 7 listopada 2019 roku, natomiast od dnia 11 grudnia 2019 roku do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, które tego samego dnia ustało. W czasie trwania ubezpieczenia chorobowego P. S. nie nabył prawa do zasiłku chorobowego z powodu braku wymaganego okresu 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego, w związku z czym nie był uprawniony do zasiłku chorobowego.

W dniu 2 lipca 2020 roku wnioskodawca złożył odwołanie od powyższej decyzji wnosząc o jej zmianę.

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 11 stycznia 2021 r. Sąd Rejonowy dla Łodzi - Śródmieścia w Łodzi, X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w sprawie o sygn. akt XU 574/20 w sprawie z wniosku P. S. przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. o zasiłek chorobowy na skutek odwołania P. S. od decyzji z dnia 1 czerwca 2020 r. w sprawie numer (...), oddalił odwołanie.

Sąd Rejonowy wydał powyższe orzeczenie w oparciu o następujący stan faktyczny:

W dniu 27 czerwca 2019 roku wypełniono druk zgłoszenia P. S. do ubezpieczeń: emerytalnego, rentowego, zdrowotnego, wypadkowego oraz chorobowego z tytułu zatrudnienia w (...) spółce jawnej z siedzibą w G.. Jako datę powstania obowiązku ubezpieczenia oznaczono dzień 21 czerwca 2019 roku.

W dniu 22 listopada 2019 roku wypełniono druk zgłoszenia P. S. do ubezpieczeń: emerytalnego, rentowego, zdrowotnego oraz wypadkowego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, który zawierał wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Jako datę powstania obowiązku ubezpieczeń oznaczono dzień 7 listopada 2019 roku.

(...) zgłoszenia wpłynęły do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w dniu 11 grudnia 2019 roku.

W dniu 8 listopada 2019 roku wypełniono druk wyrejestrowania P. S. z ubezpieczeń w związku z zatrudnieniem w (...) spółce jawnej z siedzibą w G.. Wyrejestrowanie z ubezpieczeń nastąpiło od dnia 7 listopada 2019 roku.

Z tytułu zatrudnienia u płatnika składek (...) spółki jawnej z siedzibą w G. wnioskodawca podlegał ubezpieczeniom społecznym od dnia 21 czerwca 2019 roku do dnia 6 listopada 2019 roku oraz ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od dnia 21 czerwca 2019 roku do dnia 6 listopada 2019 roku. Z kolei, z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej podlegał ubezpieczeniom społecznym od dnia 7 listopada 2019 roku do dnia 19 marca 2020 roku oraz ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 11 grudnia 2019 roku do dnia 11 grudnia 2019 roku.

W związku z założeniem pozarolniczej działalności gospodarczej, P. S. opłacał składki preferencyjne (z kodem: 0570).

W dniu 7 listopada 2019 roku P. S. złożył w Urzędzie Miejskim w G. wniosek o wznowienie działalności gospodarczej, który został przesłany w tym samym dniu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej w ramach tzw. „jednego okienka”.

P. S. był niezdolny do pracy w okresie od dnia 30 grudnia 2019 roku do dnia 25 lutego 2020 roku oraz od dnia 7 marca 2020 roku do dnia 20 marca 2020 roku.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Rejonowy zważył, iż odwołanie nie zasługuje na uwzględnienie

Sąd I instancji podkreślił, że w przedmiotowym postępowaniu wnioskodawca P. S. wnosząc odwołanie od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddziału w Ł. z dnia 1 czerwca 2020 roku i tym samym uzasadniając swoje stanowisko, powoływał się na okoliczności złożenia wniosku o wznowienie pozarolniczej działalności gospodarczej w ramach „jednego okienka”, co w jego ocenie wiązało się jednocześnie ze zgłoszeniem przez organ rentowy do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

W pierwszej kolejności w ocenie Sądu meriti należy podkreślić, iż instytucja „jednego okienka” pozwala przedsiębiorcom prowadzącym jednoosobową działalność gospodarczą na złożenie wniosku (...)1 (formularza) w przedmiocie zarejestrowania działalności gospodarczej, zmiany danych, czy też likwidacji w Urzędzie Gminy/Miasta właściwym ze względu na miejsce zamieszkania, a podjęcie tej czynności w ramach wymienionej procedury skutkuje automatycznym zgłoszeniem do ZUS (KRUS), urzędu skarbowego, czy też urzędu statystycznego.

P. S. w dniu 7 listopada 2019 roku dokonał złożenia w Urzędzie Miejskim w G. wniosku o wznowienie działalności gospodarczej w trybie wyżej wymienionym w oparciu o przepisy ustawy z dnia 6 marca 2018 roku o Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej i Punkcie (...) dla Przedsiębiorcy (t.j. Dz.U.2019.1291 z późn. zm.).

Sąd Rejonowy przytoczył treść art. 19 ust. 1 wskazanej ustawy (...).

Według Sądu I instancji wniosek o zawieszenie działalności gospodarczej, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców, nie określa daty wznowienia wykonywania działalności gospodarczej, wpis w (...) informacji o tym wznowieniu następuje na wniosek przedsiębiorcy (ust. 2).

Do czynności, o których mowa w ust. 1-2, nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (ust. 3).

(...) przekazuje drogą elektroniczną informację o podjętej czynności niezwłocznie, nie później niż w dniu roboczym następującym po dniu dopisania w (...) informacji, o której mowa w ust. 1, do Centralnego Rejestru Podmiotów - Krajowej Ewidencji Podatników, Głównego Urzędu Statystycznego, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz organów, o których mowa w art. 44 ust. 3 (ust. 4).

Sąd Rejonowy wskazał, że zgodnie z treścią art. 36 ust. 3 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U.2020.266 t.j., dalej: „ustawa systemowa”) obowiązek zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych osób, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 5 (tj. osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą oraz osób z nimi współpracujących), z zastrzeżeniem ust. 2, należy do tych osób.

Zgłoszeń, o których mowa w ust. 2 i 3, dokonuje się w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4a-5a i 9a (ust. 4).

Zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych zawiera w szczególności następujące dane dotyczące osoby zgłaszanej: dane, o których mowa w art. 35 ust. 1 pkt 1, nazwisko, imię pierwsze i drugie, datę urodzenia, nazwisko rodowe, obywatelstwo i płeć, tytuł ubezpieczenia, stopień niepełnosprawności, posiadanie ustalonego prawa do emerytury lub renty, adres zameldowania na stałe miejsce pobytu, adres zamieszkania, jeżeli jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu, adres do korespondencji, jeżeli jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu i adres zamieszkania (ust. 10).

O zmianach w stosunku do danych wykazanych w zgłoszeniu, o którym mowa w ust. 10, dotyczących tytułu ubezpieczenia oraz rodzajów ubezpieczeń i terminów ich powstania, płatnik składek zawiadamia Zakład poprzez złożenie zgłoszenia wyrejestrowania i ponownego zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych zawierającego prawidłowe dane (ust. 14).

Sąd Rejonowy przytoczył, że na podstawie art. 36a ust. 1 ustawy systemowej ubezpieczenia emerytalne i rentowe w okresie zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej, o którym mowa w art. 23 ust. 1-3 ustawy z dnia 6

marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców, przez osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą są dobrowolne. Przedsiębiorca w okresie zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej nie opłaca ubezpieczenia chorobowego i wypadkowego.

Zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej powoduje ustanie obowiązku ubezpieczeń społecznych od dnia, w którym rozpoczyna się zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej, do dnia poprzedzającego dzień wznowienia wykonywania działalności gospodarczej (ust. 2).

Za okres zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej przedsiębiorca będący płatnikiem składek wyłącznie za siebie nie ma obowiązku składania deklaracji rozliczeniowej oraz opłacania składek na ubezpieczenia społeczne przewidzianych w ustawie (ust. 3).

Wznowienie wykonywania działalności gospodarczej nie wymaga ponownego zgłoszenia do ubezpieczenia (ust. 4).

Stosownie natomiast do art. 36b ust. 1 ustawy systemowej osoby, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 5, będące przedsiębiorcami w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców, mogą dokonywać zgłoszeń, o których mowa w art. 36 ust. 1 i 11, lub zmiany danych wykazanych w tych zgłoszeniach, z wyjątkiem zmiany danych, o których mowa w art. 36 ust. 14, na podstawie przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. o Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej i Punkcie (...) dla Przedsiębiorcy.

Sąd meriti podkreślił, że za dzień dokonania zgłoszeń, o których mowa w art. 36 ust. 1 i 11, lub zmiany danych wykazanych w tych zgłoszeniach uważa się dzień złożenia wniosku o wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej wraz z żądaniem dokonania tych zgłoszeń lub zmiany danych wykazanych w tych zgłoszeniach.

Koniecznym staje się w ocenie Sądu Rejonowego podkreślenie, iż przedsiębiorców wprowadzają w błąd informacje o tym, że po dokonaniu wznowienia działalności gospodarczej zgłoszenie obowiązku odprowadzania składek na ubezpieczenia dokonywane jest automatycznie. Oczywiście na podstawie uaktualnionego wpisu w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, Zakład Ubezpieczeń Społecznych rejestruje przedsiębiorcę, jako płatnika składek, jednakże mogą pojawić się sytuacje, które wymagają złożenia w sposób samodzielny przez osobę prowadzącą jednoosobową działalność gospodarczą dokumentów zgłoszeniowych. W granicach tych zdarzeń mieszczą się przypadki wystąpienia w trakcie zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej zmian mających wpływ na tytuł do ubezpieczeń, czy też podstawę wymiaru składek, które wymagają uwzględnienia w dokumentach zgłoszeniowych. Mogą to być: ustanie okresu preferencyjnego ZUS, podjęcie pracy na etat. Dodatkowo, powołany art. 36b ust. 1 ustawy systemowej nie umożliwia zmiany danych dotyczących tytułów ubezpieczenia (art. 36 ust. 14) poprzez stosowanie przepisów ustawy o Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, a w takim przypadku ustawodawca przewidział konieczność dopełnienia obowiązku zgłoszenia do ubezpieczeń.

Zdaniem Sądu meriti w stosunku do P. S. doszło do zmiany kodu tytułu ubezpieczeń z 0570 (kod tytułu ubezpieczenia dla osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą niemających ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla których podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia) będącego podstawą dla uiszczania przez wnioskodawcę składek preferencyjnych na kod tytułu ubezpieczeń 0510 (kod tytułu ubezpieczenia dla osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych niemających ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla których podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, oraz osób prowadzących niepubliczną szkołę, placówkę lub ich zespół, na podstawie przepisów o systemie oświaty).

Sąd Rejonowy wskazał, że na podstawie art. 14 ust. 1 ustawy systemowej 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 zgodnie z art. 36 ust. 4 albo 4b (ust. 1a).

Stosownie do treści art. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz.U.2019.645 z późn. zm., dalej: ustawy zasiłkowej) zasiłek chorobowy przysługuje osobom objętym ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa określonym w ustawie z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych, zwanym „ubezpieczonymi”.

Zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego (art. 6 ust. 1 ustawy zasiłkowej).

Jak normuje art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej ubezpieczony nabywa prawo do zasiłku chorobowego po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego – jeśli jest ubezpieczony dobrowolnie.

Sąd I instancji uwypuklił, że 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 (ust. 2).

Według Sądu Rejonowego zgodnie z dokumentacją załączoną do akt niniejszej sprawy, wnioskodawca P. S. wypełnił druk (...) w przedmiocie objęcia go obowiązkowymi ubezpieczeniami: emerytalnym, rentowym oraz wypadkowym zawierający również wniosek o objęcie go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym w dniu 22 listopada 2019 roku, tj. po upływie przewidzianego w art. 36 ust. 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych terminu 7 dni liczonego od dnia powstania obowiązku ubezpieczenia. Wnioskodawca, zgłaszając w dniu 7 listopada 2019 roku wniosek o wznowienie działalności gospodarczej spowodował, iż po jego stronie doszło do powstania obowiązku ubezpieczeń i otworzył się tygodniowy termin na złożenie do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych dokumentów zgłoszeniowych. W związku z uchybieniem 7-dniowego terminu, objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym nastąpiło z dniem wpływu wniosku do organu rentowego tj. w dniu 11 grudnia 2019 roku.

Jak wskazuje art. 13 ust. 1 pkt 3 ustawy zasiłkowej, 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 nie nabyła prawa do zasiłku w czasie ubezpieczenia, w przypadkach określonych w art. 4 ust. 1.

Sąd I instancji podzielając stanowisko organu rentowego, iż jako datę początkową podlegania P. S. ubezpieczeniu chorobowemu, podkreślił, że należało przyjąć datę 11 grudnia 2019 roku, na aprobatę zasługiwała również argumentacja w zakresie odmowy prawa do zasiłku chorobowego na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 3 ustawy zasiłkowej. Regulacja ta dotyczy braku okresu wyczekiwania określonego w art. 4 ust. 1 pkt 2, gdy przed ustaniem ubezpieczenia nie został spełniony warunek pozostawania w okresie ubezpieczenia przez 90 dni (przy ubezpieczeniu dobrowolnym). Jeśli więc przed ustaniem ubezpieczenia nie został spełniony warunek okresu wyczekiwania, czyli okres ubezpieczenia był krótszy, niż 90 dni, prawo do zasiłku chorobowego nie powstanie. Mając na względzie, że wnioskodawca stał się niezdolny do pracy od dnia 30 grudnia 2019 roku, brak odpowiedniego okresu karencji skutkowało nienabyciem przez P. S. prawa do świadczenia pieniężnego w postaci zasiłku chorobowego.

Biorąc pod uwagę wszystkie poczynione rozważania, Sąd Rejonowy nie znalazł podstaw do zmiany zaskarżonej decyzji z dnia 1 czerwca 2020 roku odmawiającej P. S. prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 30 grudnia 2019 roku

do dnia 25 lutego 2020 roku oraz od dnia 7 marca 2020 roku do dnia 20 marca 2020 roku, uznając ją za prawidłową i opartą na obowiązujących przepisach prawa.

W związku z powyższym, Sąd I instancji na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. oddalił odwołanie, jako bezzasadne.

Apelację od w/w wyroku złożył wnioskodawca reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika i zaskarżył w/w wyrok w całości. Zaskarżonemu wyrokowi zarzucił:

I. dokonanie przez Sąd Rejonowy sprzecznych ustaleń faktycznych ze zgromadzonym w sprawie materiałem dowodowym (art. 368 § 1¹ k.p.c.), które miało wpływ na treść skarżonego wyroku poprzez:

a) nietrafne ustalenie przez Sąd Rejonowy niezgodnie z rzeczywistym stanem rzeczy, że ubezpieczony zaniechał zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych w zakresie złożenia wniosku o wznowienie prowadzenia działalności gospodarczej "w jednym okienku" poprzez niedochowanie 7- dniowego terminu na zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych, w sytuacji gdy ubezpieczony złożył wniosek, opłacał składki na ubezpieczenie społeczne, a organ rentowy ani nie wzywał go do uzupełnienia braków formalnych, ani nie zwrócił Ubezpieczonemu opłacanej składki ubezpieczonej;

b) nieustalenie przez Sąd Rejonowy istotnych dla rozstrzygnięcia faktów w tej sprawie w zakresie, że ubezpieczony:

1. nieprzerwanie opłacał składki na ubezpieczenie społeczne do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;
2. złożył wniosek o wznowienie działalności gospodarczej w "jednym okienku" w Urzędzie Miasta Gminy G., który został przyjęty i zaakceptowany przez organ administracji publicznej bez żadnych zastrzeżeń;
3. z chwilą złożenia wniosku działał w zaufaniu do organów państwa co do tego, że został objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach systemu ubezpieczeń społecznych i opłacał w tym zakresie składki, które nie zostały zwrócone;
4. nie otrzymał żadnych zastrzeżeń ani wezwań od osoby przyjmującej wniosek w "jednym okienku", co do złożonego wniosku stąd Ubezpieczony działał w dobrej wierze i w zaufaniu do organów państwa;
5. o niewydolności organów administracji publicznej przekonał się kiedy złożył wniosek o przyznanie mu prawa do zasiłku chorobowego i wówczas organ odmówił mu tego prawa z powołaniem się na okoliczności z przeszłości w przedmiocie składania przez ubezpieczonego wniosku, co do których wcześniej nie było żadnych wątpliwości zaś P. S. miał usprawiedliwione okolicznościami wynikającymi z opłacania składek i przyjmowania ich przez ZUS przekonanie, że system ubezpieczeń w odniesieniu do jego osoby działa prawidłowo.

II. obrazę przepisów postępowania, która miała wpływ na treść skarżonego orzeczenia tj. art. 231 k.p.c. w zw. z art. 244 § 1 k.p.c. poprzez przeprowadzenie przez Sąd Rejonowy niewłaściwego rozumowania wbrew wskazaniom wiedzy, logiki i doświadczenia życiowego na podstawie zgromadzonego materiału dowodowego.

III. dokonanie przez Sąd Rejonowy błędnej subsumpcji stanu faktycznego, wynikającego ze zgromadzonego materiału dowodowego w aktach sprawy i w efekcie naruszenie przepisów prawa materialnego tj. art.4,6,7,8,9 ustawy z dnia 15 maja 2020 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa poprzez ich niezastosowanie w realiach przedmiotowej sprawy.

IV. Wpływ wskazanych uchybień Sądu Rejonowego na treść skarżonego rozstrzygnięcia:

Niewłaściwe ustalenie przez Sąd Rejonowy stanu faktycznego w tej sprawie - sprzecznie ze zgromadzonym w sprawie materiałem dowodowym - poprzez błędne ustalenie faktów oraz nieustalenie faktów istotnych dla rozstrzygnięcia, które doprowadziły do niesłusznego oddalenia odwołania ubezpieczonego przez Sąd w tym procesie.

Wskazując na powyższe zarzuty apelujący wniósł o zmianę skarżonego orzeczenia poprzez orzeczenie co do istoty sprawy i przyznanie ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego za wnioskowany okres oraz zasądzenie od organu rentowego na rzecz ubezpieczonego kosztów procesu za obie instancje, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego według norm prawem przepisanych.

Odpowiedzi na apelację nie wniesiono.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja wnioskodawcy nie zasługuje na uwzględnienie.

Na wstępie należy podnieść, że w niniejszym postępowaniu Sąd rozpoznał sprawę na posiedzeniu niejawnym.

Stosownie do art. 374 i 375 k.p.c., co do zasady, apelacja podlega rozpoznaniu na rozprawie, niemniej w każdej sprawie w razie uznania, że przeprowadzenie rozprawy apelacyjnej nie jest konieczne, apelacja może zostać rozpoznana na posiedzeniu niejawnym, chyba że strona w apelacji lub w odpowiedzi na apelację zażądała przeprowadzenia rozprawy. Sąd drugiej instancji związany jest wnioskiem strony o przeprowadzenie rozprawy, za wyjątkiem wypadków, gdy cofnięto pozew lub apelację albo w sprawie zachodzi nieważność postępowania. Ponadto w szczególnym, przewidzianym w art. 391¹ § 1 k.p.c. wypadku apelacji wniesionej od wyroku oddalającego powództwo oczywiście bezzasadne, wydanego na posiedzeniu niejawnym, przyjmującego za podstawę art. 191¹ k.p.c., sąd drugiej instancji może rozpoznać apelację na posiedzeniu niejawnym, nie doręczając odpisu apelacji osobie wskazanej jako pozwany ani nie rozpoznając wniosków złożonych wraz z taką apelacją. Zawarty w takiej apelacji wniosek o przeprowadzenie rozprawy okaże się więc nieskuteczny.

W rozpoznawanej sprawie strony nie wnosiły w apelacji ani w odpowiedzi na apelację o rozpoznanie sprawy na rozprawie, a złożone dotychczas pisma procesowe i brak wniosków dowodowych, dawały podstawę do przyjęcia, że przeprowadzenie rozprawy nie jest konieczne.

Przechodząc zaś do merytorycznego rozpoznania sprawy i odnosząc się do zarzutów apelacji stwierdzić należy, że orzeczenie Sądu Rejonowego jest prawidłowe i znajduje oparcie zarówno w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym, jak i obowiązujących przepisach prawa.

Sąd II instancji w pełni aprobuje i przyjmując ustalenia faktyczne Sądu Rejonowego, jako własne, jednocześnie stwierdził, że nie zachodzi obecnie potrzeba powielania w tym miejscu tych ustaleń.

Stosownie do art. 387 § 2¹ kpc w uzasadnieniu wyroku sądu drugiej instancji:

1) wskazanie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia może ograniczyć się do stwierdzenia, że sąd drugiej instancji przyjął za własne ustalenia sądu pierwszej instancji, chyba że sąd drugiej instancji zmienił lub uzupełnił te ustalenia; jeżeli sąd drugiej instancji przeprowadził postępowanie dowodowe lub odmiennie ocenił dowody przeprowadzone przed sądem pierwszej instancji, uzasadnienie powinno także zawierać ustalenie faktów, które sąd drugiej instancji uznał za udowodnione, dowodów, na których się oparł, i przyczyn, dla których innym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej;

2) wyjaśnienie podstawy prawnej wyroku z przytoczeniem przepisów prawa powinno objąć ocenę poszczególnych zarzutów apelacyjnych, a poza tym może ograniczyć się do stwierdzenia, że sąd drugiej instancji przyjął za własne oceny sądu pierwszej instancji.

Dodatkowo także w myśl utrwalonego orzecznictwa Sądu Najwyższego, jeżeli uzasadnienie orzeczenia pierwszoinstancyjnego sporządzonego zgodnie z wymaganiami art.328§2 k.p.c. spotyka się z pełną aprobatą sądu drugiej instancji to wystarczy, że da on temu wyraz w treści uzasadnienia swego orzeczenia, bez powtarzania szczegółowych ustaleń faktycznych i wnioskowań prawniczych zawartych w motywach zaskarżonego orzeczenia (vide

wyrok SN z 5.11.1998r., I PKN 339/98, OSNAPiUS 1999/24/, por. postanowienie SN z 22 kwietnia 1997 r., sygn. akt II UKN 61/97 - OSNAP 1998 r. Nr 3, poz. 104; wyrok SN z 8 października 1998 r., sygn. akt II CKN 923/97 - OSNC 1999 r., z. 3, poz. 60; wyrok SN z 12 stycznia 1999 r., sygn. akt I PKN 21/98 - OSNAP 2000, Nr 4, poz. 143).

Wynikający z art. 378 § 1 k.p.c. obowiązek sądu drugiej instancji nie oznacza konieczności osobnego omówienia przez sąd w uzasadnieniu wyroku każdego argumentu podniesionego w apelacji, wystarczające jest bowiem odniesienie się do sformułowanych w apelacji zarzutów i wniosków w sposób wskazujący na to, że zostały one przez sąd drugiej instancji w całości rozważone przed wydaniem orzeczenia. (vide postanowienie SN z dnia 1 czerwca 2020 r. ,IV CSK 738/19, opubl. L.)

Sąd w pełni podziela także prezentowane rozważania prawne.

Chybione są natomiast podniesione w apelacji zarzuty.

Oczywiście bezzasadny jest pierwszy zarzut przytoczony w części wstępnej apelacji. Podkreślić trzeba, że zarzut sprzeczności istotnych ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego ma rację bytu wówczas, gdy zachodzi sprzeczność pomiędzy ustaleniami faktycznymi Sądu a dowodami, które Sąd ten uznał za wiarygodne. W sytuacji, gdy określony dowód, czy dowody nie zostały uznane przez Sąd za wiarygodne, a strona lub uczestnik postępowania uważa, że ocena ta nie jest trafna i, że dowody te powinny stanowić podstawę ustaleń faktycznych w danej sprawie, podnoszenie zarzutu sprzeczności ustaleń sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego jest bezprzedmiotowe, gdyż sprzeczność taka w rzeczywistości nie zachodzi. W takiej sytuacji zarzuty strony lub uczestnika postępowania powinny dotyczyć przebiegu postępowania dowodowego lub oceny dowodów. W przypadku uznania takich zarzutów za zasadne odmienna ocena materiału dowodowego przez Sąd II instancji może prowadzić do odmiennych ustaleń faktycznych niż dokonane przez Sąd I instancji. Odmienne ustalenia faktyczne nie są wówczas wynikiem przyjęcia, że zachodziła sprzeczność pomiędzy zebrany materiał a przeprowadzonymi dowodami, ale są konsekwencją uznania za wiarygodne tych dowodów, które nie stanowiły podstawy ustaleń sądu pierwszej instancji, gdyż zostały uznane przez ten sąd za niewiarygodne lub też nie zostały przyjęte za podstawę ustaleń z innych przyczyn.

W rozpoznawanej sprawie apelujący nie wskazał dowodów, w tym dokumentów urzędowych, które miałyby zostać bezpodstawnie uznane za niewiarygodne, bądź też bezpodstawnie pominięte w dokonanych przez Sąd Rejonowy ustaleniach faktycznych (w tym zakresie zatem jest także bezzasadny zarzut dotyczący naruszenia art. 231 k.p.c. w zw. z art. 244 § 1 k.p.c.)

W ocenie Sądu Okręgowego Sąd I instancji uwzględnił całokształt zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, mający jakiegokolwiek znaczenie dla rozstrzygnięcia.

Podkreślić także należy, że w wywiedzionym środku zaskarżenia apelujący podniósł dodatkowo zarzut błędnej oceny materiału dowodowego, co w konsekwencji miało doprowadzić do naruszenia prawa materialnego (art.9 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa Dz. U. z 2020r., poz. 870) poprzez ich niezastosowanie w realiach przedmiotowej sprawy.

Wbrew twierdzeniom apelacji, Sąd II instancji nie dopatrył się żadnego naruszenia prawa materialnego, skutkujących koniecznością - zgodnie z żądaniem apelacji - zmiany tegoż orzeczenia.

Sąd Rejonowy nie naruszył także art. 233 § 1 k.p.c., który stanowi, iż sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Sąd dokonuje oceny wszystkich dowodów przeprowadzonych w postępowaniu, jak również wszelkich okoliczności towarzyszących przeprowadzaniu poszczególnych dowodów, mających znaczenie dla ich mocy i wiarygodności (tak np. Sąd Najwyższy w uzasadnieniu orzeczenia z 11 lipca 2002 roku, IV CKN 1218/00, LEX nr 80266).

Ramy swobodnej oceny dowodów są zakreślone wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego, regułami logicznego myślenia oraz pewnym poziomem świadomości prawnej, według których sąd w sposób

bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i ważąc ich moc oraz wiarygodność, odnosi je do pozostałego materiału dowodowego (tak też Sąd Najwyższy w licznych orzeczeniach, np. z dnia 19 czerwca 2001 roku, II UKN 423/00, OSNP 2003/5/137). Poprawność rozumowania sądu powinna być możliwa do skontrolowania, z czym wiąże się obowiązek prawidłowego uzasadniania orzeczeń (art. 328 § 2 k.p.c.).

Skuteczne postawienie zarzutu naruszenia przez sąd art. 233 § 1 k.p.c. wymaga zatem wykazania, iż sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego. Natomiast zarzut dowolnego i fragmentarycznego rozważenia materiału dowodowego wymaga dla swej skuteczności konkretyzacji, i to nie tylko przez wskazanie przepisów procesowych, z naruszeniem których apelujący łączy taki skutek, lecz również przez określenie, jakich dowodów lub jakiej części materiału zarzut dotyczy, a ponadto podania przesłanek dyskwalifikacji postępowania sądu pierwszej instancji w zakresie oceny poszczególnych dowodów na tle znaczenia całokształtu materiału dowodowego oraz w zakresie przyjętej podstawy orzeczenia.

W ocenie Sądu Okręgowego dokonana przez Sąd Rejonowy ocena zgromadzonego w postępowaniu materiału dowodowego jest – wbrew twierdzeniom apelującego – prawidłowa. Sąd dokonał właściwych ustaleń faktycznych i doszedł do trafnego wniosku.

Zarzuty skarżącego sprowadzają się zaś w zasadzie do polemiki ze stanowiskiem Sądu I instancji i interpretacją dowodów dokonaną przez ten Sąd i jako takie nie mogą się ostać.

Jak wynika z przedłożonych w niniejszym postępowaniu dokumentów, których wiarygodność i autentyczność nie budziła wątpliwości stron ani Sądu, P. S. w dniu 7 listopada 2019 r. złożył w Urzędzie Miejskim w G. wniosek o wznowienie działalności gospodarczej w trybie tzw. „jednego okienka” w oparciu o przepisy ustawy z dnia 6 marca 2018 roku o Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej i Punkcie (...) dla Przedsiębiorcy (t.j. Dz.U.2019.1291 z późn. zm.).

Jednakże jak słusznie uznał Sąd Rejonowy z uwagi na okoliczność, że w stosunku do P. S. doszło do zmiany kodu tytułu ubezpieczeń z 0570 na kod tytułu ubezpieczeń 0510, był on w myśl art. 36b ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych zobowiązany dopełnić dodatkowo obowiązku zgłoszenia do ubezpieczeń, gdyż w sytuacji zmiany tytułu do ubezpieczeń zgłoszenie obowiązku odprowadzania składek na ubezpieczenia nie było dokonywane automatycznie. Do sytuacji prawnej wnioskodawcy miał zastosowanie art. 14 ust. 1 ustawy systemowej.

Według tego przepisu 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.

Jak trafnie uwypuklił Sąd Rejonowy objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane zgodnie z art. 36 ust. 4 albo 4b (ust. 1a) (termin - 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia.)

Powyższe przepisy wymagały zatem złożenia przez skarżącego wniosku o ponowne objęcie adekwatnym tytułem podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, w terminie 7 dni od powstania obowiązku zgłoszenia.

Tymczasem wnioskodawca nie złożył wniosku o objęcie ubezpieczeniami społecznymi w tym ustawowym terminie.

W okolicznościach sprawy niniejszej zaś jednoznacznie ustalono, że dopiero w dniu 22 listopada 2019 r. ubezpieczony wypełnił druk zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu pozarolniczej działalności gospodarczej od dnia 7 listopada 2019 r., który w dniu 11 grudnia 2019 r. wpłynął do ZUS (po ustawowym terminie).

W przypadku ubezpieczonego ustawowy termin zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych upłynął w dniu 14 listopada 2019 r. (7 dni od daty 7 listopada 2019 r., tj. od daty powstania obowiązku ubezpieczenia). Z uwagi zatem na uchybienie

ustawowemu terminowi, objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym nastąpiło nie z dniem wskazanym we wniosku (7 listopada 2019 r.), lecz dopiero od dnia 11 grudnia 2019 r. (wpływ wniosku do ZUS).

Za Sądem Rejonowym należy, więc uznać jako datę początkową podlegania przez P. S. ubezpieczeniu chorobowemu dzień 11 grudnia 2019 r. (data wpływu do ZUS wniosku o objęcie tym ubezpieczeniem). To z tą datą organ rentowy prawidłowo ustalił datę podlegania przez wnioskodawcę dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Wbrew twierdzeniom zaś apelującego Zakład Ubezpieczeń Społecznych po dacie złożenia przez P. S. wniosku o wznowienie działalności gospodarczej (7 listopada 2019 r.) nie miał obowiązku wezwać ubezpieczonego do uzupełnienia braków, w tym do złożenia wniosku o objęcie ubezpieczeniem do organu rentowego.

Prawidłowe zgłoszenie do ubezpieczenia i opłacanie składek obciąża samego ubezpieczonego. Podkreślić należy, że od P. S. jako przedsiębiorcy z uwagi na zawodowy charakter prowadzonej przez niego działalności wymagany jest zwiększony stopień staranności. Wnioskodawca jako prowadzący działalność gospodarczą, powinien działać w pełni profesjonalnie.

W świetle orzecznictwa Sądu Najwyższego należyta staranność wymagana przy uwzględnieniu zawodowego charakteru prowadzonej działalności, uzasadnia zwiększone oczekiwania co do umiejętności, wiedzy, skrupulatności i rzetelności, zapobiegliwości i zdolności przewidywania. Obejmuje także znajomość obowiązującego prawa oraz następstw z niego wynikających w zakresie prowadzonej działalności gospodarczej (vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17.08.1993 r. sygn. akt III CRN 77/93, opubl. OSNC 1994/3/69)

Tym samym ubezpieczony powinien wiedzieć i mieć pełną świadomość z jakiego tytułu winien podlegać ubezpieczeniom społecznym, w tym ubezpieczeniu chorobowemu i czy zachodzi konieczność złożenia stosownych dokumentów w tym przedmiocie w organie rentowym.

Wnioskodawca jako profesjonalista nie poczynił nawet żadnych starań, aby uzyskać w organie rentowym stosowne informacje w zakresie konieczności złożenia przez niego wniosku o objęcie ubezpieczeniem społecznym.

W przedmiotowym postępowaniu wnioskodawca w żaden sposób nie wykazał, że złożenie przez niego wniosku o objęcie ubezpieczeniem po ustawowym terminie stanowiło w szczególności wynik udzielenia przez organ rentowy nieprawidłowej informacji/błędного pouczenia, co do czynności niezbędnych dla dalszego podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Dodatkowo także podkreślić należy, że wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym musi być wyraźny i jednoznaczny, a samo opłacanie przez osobę zainteresowaną składek na to ubezpieczenie oraz ich przyjmowanie przez organ rentowy nie jest wystarczające do powstania lub reaktywowania tytułu dobrowolnych ubezpieczeń chorobowych. W sytuacji prawnej wnioskodawcy nie było możliwe objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem, w tym chorobowym, od daty wcześniejszej niż data, w której wniosek został zgłoszony do ZUS, a przywrócenie terminu do złożenia wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym nie jest możliwe, gdyż jest to termin prawa materialnego.

W konsekwencji jak słusznie podniósł Sąd Rejonowy wnioskodawca nie legitymował się wymaganym 90-cio dniowym okresem wyczekiwania określonym w art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy systemowej.

Zgodnie z treścią art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej ubezpieczony nabywa prawo do zasiłku chorobowego po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego, jeżeli podlega dobrowolnie temu ubezpieczeniu, przy czym – jak stanowi art. 4 ust. 2 ustawy zasiłkowej - do okresów ubezpieczenia chorobowego, o których mowa w ust. 1, wlicza się poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego, jeżeli przerwa między nimi nie przekroczyła 30 dni.

Ubezpieczony stał się niezdolny do pracy już od dnia 30 grudnia 2019 r. a we wcześniejszym okresie podległ ubezpieczeniu chorobowemu od 21 czerwca 2019 r. do 6 listopada 2019 r. a następnie jak już wyżej wskazano dopiero od dnia 11 grudnia 2019 r.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, iż Sąd I instancji przeprowadził wystarczające do rozstrzygnięcia sporu postępowanie dowodowe, dochodząc ostatecznie do wniosku, że brak jest podstaw prawnych do przyznania wnioskodawcy prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 30 grudnia 2019 r. do dnia 25 lutego 2020 r. oraz od dnia 7 marca 2020 r. do dnia 20 marca 2020 r..

Biorąc powyższe pod uwagę, Sąd Okręgowy w Łodzi na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację jako bezzasadną.

K.B.