

Sygn. akt X U 737/17

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 października 2018 r.

Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Śródmieścia we Wrocławiu X Wydział Pracy

i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSR Marcin Szajner

Protokolant: Dominika Gorząd

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 10 października 2018 r. we W.

sprawy z odwołania B. S.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.

z dnia 2 marca 2016 r. znak: (...)

w sprawie B. S.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.

o zasiłek chorobowy

I. zmienia zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. z dnia 2 marca 2016 r. znak: (...) w ten sposób, że przyznaje wnioskodawczyni B. S. prawo do zasiłku chorobowego za okres od dnia 30 stycznia 2016 r. do dnia 13 marca 2016 r.. i nadal w przypadku orzeczonej nieprzerwanej niezdolności do pracy;

II. w pozostałym zakresie odwołanie oddala;

III. zasądza od strony pozwanej na rzecz wnioskodawczyni kwotę 180 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w sprawie.

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 2 marca 2016 r. (znak: (...)) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. odmówił ubezpieczonej B. S. prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 15 stycznia 2016 r. do dnia 13 marca 2016 r. i nadal w przypadku orzeczonej nieprzerwanej niezdolności do pracy.

W uzasadnieniu decyzji organ rentowy 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. Ubezpieczenie emerytalne i rentowe oraz chorobowe, o którym mowa w art. 14 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, ustają od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie – w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą. W uzasadnionych przypadkach Zakład na wniosek ubezpieczonego może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie. Z dokumentów będących w posiadaniu organu rentowego wynika, że ubezpieczona przedłożyła zaświadczenia lekarskie o czasowej niezdolności do pracy za okres od dnia 15 stycznia 2016 r. do dnia 13 marca 2016 r.,

a dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej podlegała w okresach: od 1 września 2014 r. do 5 maja 2015 r. (składkę za maj 2015 r. opłacono w niewłaściwej wysokości, za czerwiec 2015 r. – w niewłaściwej wysokości i po terminie, za lipiec 2015 r. – po terminie), od 1 sierpnia 2015 r. do 30 września 2015 r. (składka za październik 2015 r. opłacona po terminie) oraz od 1 listopada 2015 r. do 31 grudnia 2015 r. (składka za styczeń 2016 r. została opłacona w niższej wysokości niż należna). Wobec tego od dnia 1 stycznia 2016 r. ustało dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, tym samym brak jest podstaw do wypłaty zasiłku chorobowego za okres od dnia 15 stycznia 2016 r. do dnia 13 marca 2016 r. i nadal.

Odwołanie od opisanej decyzji wniosła ubezpieczona B. S., wnosząc o zmianę zaskarżonej decyzji poprzez przyznanie ubezpieczonej prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 15 stycznia 2016 r. do dnia 13 marca 2016 r. i nadal w przypadku orzeczonej nieprzerwanej niezdolności do pracy. Z ostrożności procesowej ubezpieczona wniosła także o przywrócenie terminu do wniesienia odwołania od decyzji (k. 3 – 5).

W uzasadnieniu ubezpieczona wskazała, że do dnia złożenia odwołania w niniejszej sprawie nie została jej doręczona zaskarżona decyzja organu rentowego z dnia 2 marca 2016 r. O wydaniu przedmiotowej decyzji ubezpieczona dowiedziała się z treści zaskarżonej w innym postępowaniu decyzji z dnia 20 lipca 2016 r. oraz pisma organu rentowego z dnia 14 października 2016 r. W dniu 15 maja 2017 r. ubezpieczona zwróciła się do organu rentowego z wnioskiem o wydanie kopii decyzji z dnia 2 marca 2016 r., do czego organ rentowy do tej pory się nie odniósł. Z uwagi na brak doręczenia ubezpieczonej decyzji organu rentowego z dnia 2 marca 2016 r., jak również z uwagi na fakt, że do dnia wniesienia odwołania ubezpieczona nie znalazła się w jej posiadaniu, termin do wniesienia odwołania nie rozpoczął biegu, co oznacza, że odwołanie należy uznać za wniesione z zachowaniem terminu. Z ostrożności procesowej ubezpieczona wniosła o przywrócenie terminu do wniesienia odwołania, wskazując, że ewentualne uchybienie co do terminu wniesienia odwołania nastąpiło bez winy ubezpieczonej.

Odnosząc się do zakresu rozstrzygnięcia objętego treścią zaskarżonej decyzji ubezpieczona wskazała, że decyzja to została oparta na błędnych ustaleniach faktycznych i prawnych. Podstawą odmowy przyznania ubezpieczonej prawa do zasiłku chorobowego nie może być w szczególności okoliczności wykorzystania okresu zasiłkowego.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego odrzucenie na podstawie art. 477⁹ § 1 k.p.c., ewentualnie, z ostrożności procesowej, o oddalenie odwołania z uwagi na brak podstaw prawnych do jego uwzględnienia (k. 11 – 12).

Organ rentowy podtrzymał argumentację zaprezentowaną w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji, nadto wskazał, że decyzja z dnia 2 marca 2016 r. została do ubezpieczonej nadana listem zwykłym w dniu 3 marca 2016 r. Organ rentowy nie otrzymał zwrotu przekazanej korespondencji.

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

Ubezpieczona B. S. do października 2017 r. prowadziła pozarolniczą działalność gospodarczą w formie spółki cywilnej pod nazwą (...) S.C. i z tego tytułu podlegała do ubezpieczeń społecznych. W październiku 2017 r. ubezpieczona zawiesiła prowadzoną działalność gospodarczą.

W 2014 r. zaczęły się pojawiać u ubezpieczonej problemy neurologiczne. Do prowadzenia działalności gospodarczej ubezpieczona powróciła z dniem 11 czerwca 2015 r.

W dniu 15 stycznia 2016 r. u ubezpieczonej przeprowadzono zabieg operacyjny kolana. Ubezpieczona była niezdolna do pracy w okresie od dnia 15 stycznia 2016 r. do dnia 13 marca 2016 r.

Od dnia 30 marca 2016 r. ubezpieczona pobiera rentę ze względu na stan zdrowia.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych przysyłał do ubezpieczonej korespondencję na ujawniony przez ubezpieczoną adres – przy ul. (...) we W.. Korespondencję nadaną listem poleconym ubezpieczona odbierała z reguły w urzędzie pocztowym.

Decyzją z dnia 29 października 2015 r. (znak: 470000/CW/00284038) Zakład Ubezpieczeń Społecznych odmówił ubezpieczonej prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 14 maja 2015 r. do dnia 10 czerwca 2015 r., powołując się na wyczerpanie przez ubezpieczoną 182 dni okresu zasiłkowego z dniem 5 maja 2015 r.

Ubezpieczona odwołała się od opisanej decyzji. Sprawa została zarejestrowana w repertorium tut. Sądu pod sygn. akt X U 35/16. Wyrokiem z dnia 26 kwietnia 2017 r. wydanym w przedmiotowej sprawie Sąd Rejonowy dla Wrocławia – Śródmieścia we Wrocławiu X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznał ubezpieczonej prawo do zasiłku chorobowego za okres od dnia 14 maja 2015 r. do dnia 10 czerwca 2015 r.

Decyzją z dnia 2 marca 2016 r. (znak: (...)) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. odmówił ubezpieczonej B. S. prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 15 stycznia 2016 r. do dnia 13 marca 2016 r. i nadal w przypadku orzeczonej nieprzerwanej niezdolności do pracy.

Decyzja z dnia 2 marca 2016 r. została nadana do ubezpieczonej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych listem zwykłym w dniu 3 marca 2016 r. na adres przy ul. (...), W.. Ubezpieczona nie otrzymała nadanej korespondencji.

Decyzją z dnia 20 lipca 2016 r. (znak: (...)) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. odmówił ubezpieczonej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, powołując się na brak wykorzystania przez ubezpieczoną 182 dni okresu zasiłkowego.

Ubezpieczona odwołała się od opisanej decyzji z dnia 20 lipca 2016 r. W odpowiedzi na odwołanie, datowanej na dzień 14 października 2016 r., organ rentowy powołał się m.in. na decyzję z dnia 2 marca 2016 r.

O istnieniu decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 2 marca 2016 r. ubezpieczona dowiedziała się z treści decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 20 lipca 2016 r. W dniu 15 maja 2017 r. ubezpieczona zwróciła się do organu rentowego o nadesłanie kopii decyzji z dnia 2 marca 2016 r. oraz o wyjaśnienie, czy została wydana decyzja o ustaniu podlegania ubezpieczeniu chorobowemu po roku 2015 r. Organ rentowy poinformował, że nie została wydana decyzja o podleganiu ubezpieczeniom, nie odpowiedział zaś na wezwanie odnośnie przesłania kopii decyzji z dnia 2 marca 2016 r.

Zaskarżona decyzja z dnia 2 marca 2016 r. została ubezpieczonej doręczona dopiero w toku niniejszego postępowania.

Na dzień 27 marca 2017 r. na koncie ubezpieczeniowym B. S. stwierdzono nadpłatę w wysokości 273,33 zł (FUS) oraz 390,72 zł (FUZ).

Do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego ubezpieczona podlegała w okresie:

- od dnia 1 września 2014 r. do dnia 5 maja 2015 r.;
- od dnia 1 sierpnia 2015 r. do dnia 30 września 2015 r.;
- od dnia 1 listopada 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r.;
- od dnia 1 stycznia 2016 r. i nadal.

Składka za miesiąc październik 2015 r. została opłacona przez ubezpieczoną w dniu 16 listopada 2015 r. Składka za miesiąc styczeń 2016 r. została przez ubezpieczoną opłacona w kwocie o 273,33 zł wyższej niż kwota składki należnej.

W piśmie z dnia 25 października 2017 r. ubezpieczona wniosła o wyrażenie przez organ rentowy zgody na opłacenie składek po terminie, nie wskazując, jaki termin jest objęty wnioskiem. W odpowiedzi, pismem z dnia 14 listopada

2017 r., organ rentowy wskazał, że istnieje konieczność złożenia przez ubezpieczoną skorygowanych dokumentów rozliczeniowych za przedmiotowy okres. Ubezpieczona nie złożyła korekty dokumentów.

Dowód:

Dokumenty zgromadzone w aktach orzeczniczych organu rentowego (w załączeniu do akt sprawy)

Odpowiedź na odwołanie z dn. 14.10.2016 r. (k. 6)

Decyzja ZUS z dn. 20.07.2016 r. (k. 7)

Korespondencja stron z dn. 15 – 24.05.2017 r. (k. 8 – 10)

Rozliczenie wpłat dokonanych w okresie IX 2014 r. – II 2017 r. (k. 19 – 22)

Pismo ZUS z dn. 14.11.2017 r. (k. 32, 56)

Skan z systemu ZUS (k. 33)

Dokumenty zgromadzone w aktach sprawy XU 35/16 tut. Sądu (w załączeniu do akt sprawy)

Wyjaśnienia ubezpieczonej (k. 42, 43; płyta CD)

Decyzja ZUS z dn. 02.03.2016 r. (k. 55)

W oparciu o powyższe ustalenia faktyczne Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Odwołanie zasługiwało na uwzględnienie w części.

Istota sporu w niniejszej sprawie sprowadzała się do ustalenia, czy w spornym okresie od dnia 15 stycznia 2016 r. do dnia 13 marca 2016 r. i nadal w przypadku orzeczenia dalszej nieprzerwanej niezdolności do pracy, ubezpieczonej przysługiwało prawo do zasiłku chorobowego. W pierwszej kolejności ocenie Sądu podlegała jednak okoliczność dochowania przez ubezpieczoną terminu do wniesienia odwołania.

W odniesieniu do powyższego Sąd ustalił, iż zaskarżona decyzja z dnia 2 marca 2016 r. została do ubezpieczonej nadana listem zwykłym w dniu 3 marca 2016 r. Organ rentowy nie wykazał jednak w żaden sposób w jakiej dacie przedmiotowa decyzja została ubezpieczonej doręczona.

Zgodnie z przepisem art. 71a ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U.2015.121) (dalej także jako ustawa systemowa) Zakład może przysyłać pisma i decyzje listem zwykłym. W takim przypadku jednak w razie sporu ciężar dowodu doręczenia pisma lub decyzji, o których mowa w ust. 1, spoczywa na Zakładzie (art. 71a ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). Zgodnie natomiast z art. 477⁹ § 1 k.p.c., odwołania od decyzji organów rentowych wnosi się na piśmie do organu, który wyda decyzję, lub do protokołu sporządzonego przez ten organ w terminie miesiąca od dnia doręczenia decyzji. Przesyłanie przez Zakład korespondencji listem zwykłym powoduje, że organ rentowy winien jednoznacznie wykazać, w jakiej dacie decyzja została ubezpieczonemu doręczona. W braku takiego wykazania nie może zostać skutecznie podniesiony zarzut wniesienia odwołania z przekroczeniem ustawowego terminu. W niniejszej sprawie zaś organ rentowy przedstawił dowód jedynie co do daty nadania zaskarżonej decyzji, nie zdołał zaś dowieść, kiedy rzeczona decyzja została doręczona.

Komentowana regulacja nie może wywoływać negatywnych konsekwencji procesowych dla ubezpieczonego, skoro w przypadku wątpliwości co do prawidłowości i momentu doręczenia pism i decyzji ciężar dowodu spoczywa na Zakładzie. Oznacza to, że doręczenie listem zwykłym będzie zawsze skutkowało wątpliwościami co do jego prawidłowości, zaś w praktyce niweczy możliwość przeprowadzenia skutecznego dowodu co do udowodnienia

okoliczności doręczenia. Wątpliwości w powyższym zakresie powinny być rozstrzygane na korzyść ubezpieczonego, gdyż brak skutecznego doręczenia godzi w jego podstawowe uprawnienia procesowe, a przede wszystkim w możliwość skutecznego zaskarżenia wydanej decyzji.

W braku przedłożenia przez organ rentowy skutecznego dowodu przeciwnego co do twierdzeń ubezpieczonej, Sąd uznał za wiarygodne wyjaśnienia wnioskodawczynie, przedstawione w odwołaniu od decyzji oraz w trakcie rozprawy, z których wynikało, że o istnieniu decyzji z dnia 2 marca 2016 r. ubezpieczona dowiedziała się z treści decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 20 lipca 2016 r. W dniu 15 maja 2017 r. ubezpieczona zwróciła się do organu rentowego o nadesłanie kopii decyzji z dnia 2 marca 2016 r. oraz o wyjaśnienie, czy została wydana decyzja o ustaniu podlegania ubezpieczeniu chorobowemu po roku 2015 r. Organ rentowy poinformował, że nie została wydana decyzja o podleganiu ubezpieczeniom, nie odpowiedział zaś na wezwanie odnośnie przesłania kopii decyzji z dnia 2 marca 2016 r. Zaskarżona decyzja z dnia 2 marca 2016 r. została ubezpieczonej fizycznie doręczona dopiero w toku niniejszego postępowania.

Sąd miał przy tym na uwadze, że między datą powzięcia przez ubezpieczoną wiedzy o istnieniu decyzji z dnia 2 marca 2016 r., co nastąpiło w okolicach przełomu lipca i sierpnia 2016 r., a datą, w której ubezpieczona zwróciła się do organu rentowego o doręczenie odpisu decyzji, upłynął blisko rok. W ocenie Sądu nie można jednak z powyższego uczynić ubezpieczonej zarzutu, który wywoływałby dla ubezpieczonej negatywne konsekwencje procesowe. To na organie rentowym spoczywa bowiem powinność prawidłowego doręczenia wydanych decyzji. Ubezpieczony nie ma zaś obowiązku dociekania, czy organ rentowy przypadkiem nie wydał decyzji, o której ubezpieczony nie został poinformowany, i która nie została doręczona. Miesięczny termin na wniesienie odwołania od decyzji organu rentowego biegnie zaś od dnia doręczenia decyzji, a nie od momentu, w którym ubezpieczony powziął wiadomość o istnieniu decyzji czy nawet o treści rozstrzygnięcia. Dopiero bowiem po zapoznaniu się z pełną treścią decyzji, w tym ze sporządzonym uzasadnieniem, ubezpieczony jest w stanie zdecydować, czy z decyzją się zgadza i czy zasadnym będzie ewentualne podjęcie kroków prawnych celem zmiany zapadłego rozstrzygnięcia.

Twierdzenia ubezpieczonej w przedmiocie braku otrzymania zaskarżonej decyzji są w ocenie Sądu tym bardziej wiarygodne, jeśli wziąć pod uwagę, że w przypadku innych decyzji wydanych przez organ rentowy wobec ubezpieczonej, które zostały ubezpieczonej skutecznie doręczone, ubezpieczona nie miała trudności w dochowaniu ustawowego terminu na wniesienie odwołania. Świadczy o tym terminowe wniesienie odwołań m.in. w sprawach zarejestrowanych w tut. Sądzie pod sygnaturami akt X U 35/16 czy X U 647/16. Ponadto, analizując treść odwołania, jakie zainicjowało postępowanie w niniejszej sprawie, należy dojść do wniosku, że ubezpieczona nie знаła uzasadnienia faktycznego, na jakim organ rentowy oparł rozstrzygnięcie z dnia 2 marca 2016 r. Sąd nie znajduje zatem przesłanek by twierdzić, że akurat w przypadku decyzji z dnia 2 marca 2016 r., gdyby przyjąć, że została ona ubezpieczonej doręczona w terminie, jaki zwykle zajmuje doręczenie zwykłych przesyłek listowych (ok. 10 dni), ubezpieczona zwlekała z wniesieniem odwołania przez ponad rok.

Podsumowując, biorąc pod uwagę brak dowodu doręczenia decyzji organu rentowego z dnia 2 marca 2016 r., nie sposób ustalić daty, od której biegł dla ubezpieczonej miesięczny termin do wniesienia odwołania od tej decyzji. Tym samym nie można zarzucić ubezpieczonej przekroczenia terminu do wniesienia odwołania i z tej przyczyny odrzucić odwołania.

W dalszej kolejności należy się odnieść do okoliczności, które miały wpływ na odmowę przyznania ubezpieczonej prawa do zasiłku chorobowego w spornym okresie. Argumentacja organu rentowego co do powyższej okoliczności była niekonsekwentna. W uzasadnieniu zaskarżonej decyzji organ rentowy powoływał się bowiem na okoliczność ustania wobec ubezpieczonej dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od dnia 1 stycznia 2016 r., wobec nieopłacenia składki za miesiąc styczeń 2016 r. w należnej wysokości, nadto na opłacenie składki za miesiąc październik 2015 r. po terminie. W piśmie procesowym z dnia 26 lipca 2018 r., w odpowiedzi na zobowiązanie Sądu do wskazania precyzyjnych informacji kiedy dokładnie wnioskodawczynie opłaciła składki po terminie, w jakiej dokładnie wysokości, jakie były wysokości niedopłat oraz czy i w jakiej dacie wnioskodawczynie składała wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie, organ rentowy nie odniósł się w ogóle do rzekomej niedopłaty, jaka miała powstać w

odniesieniu do składki za miesiąc styczeń 2016 r. W świetle przedmiotowego pisma, ostatnim uchybieniem po stronie ubezpieczonej było opłacenie przez nią po terminie składki za miesiąc październik 2015 r.

Co istotne, okoliczność opłacenia przez ubezpieczoną składki za miesiąc styczeń 2016 r. w nienależytej (za niskiej) wysokości nie wynika z przedstawionego przez organ rentowy zestawienia dokonanych przez ubezpieczoną wpłat na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych oraz Fundusz Ubezpieczeń Chorobowych. Z przedmiotowego zestawienia wynika bowiem, że w miesiącu lutym 2016 r., wobec opłacenia przez ubezpieczoną składki za miesiąc styczeń 2016 r., powstała na koncie ubezpieczonej nadpłata w wysokości 273,33 zł. Ostatnią nieprawidłowością, jaka wynika z przedmiotowego zestawienia, jest w istocie nieterminowe opłacenie przez ubezpieczoną składki za miesiąc październik 2015 r.

Zgodnie z art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. (Dz.U. Nr 60, poz. 636) o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (dalej: ustawa zasiłkowa) świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa obejmują zasiłek chorobowy.

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

Zgodnie z 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, w myśl którego 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.

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 (art. 14 ust. 2 ustawy systemowej).

Wedle art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej, w przypadku podlegania do ubezpieczenia chorobowego dobrowolnie, ubezpieczony nabywa prawo do zasiłku chorobowego po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego.

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 (art. 4 ust. 2 ustawy zasiłkowej).

W świetle przedstawionych regulacji prawnych przyjąć należało, że wobec opłacenia przez ubezpieczoną składki za miesiąc październik 2015 r. po terminie, dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustało od dnia 1 października 2015 r.

Należy przy tym zwrócić uwagę, odnosząc się do zakresu kognicji sądu ubezpieczeń społecznych w sprawach dotyczących odwołań od decyzji odmawiającej wypłaty zasiłku, iż sąd, rozpoznający odwołanie od decyzji organu rentowego odmawiającej wypłaty zasiłku chorobowego, bada zachowanie terminu do opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe oraz zasadność odmowy wyrażenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych zgody na opłacenie składki po terminie (uchwała Sądu Najwyższego z dnia 8 stycznia 2007 r. sygn. akt I UZP 6/06, OSNP 2007/13-14/197). Co prawda ubezpieczona wносиła do organu rentowego wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie, to jednak, w ocenie Sądu, braku formalne przedmiotowego wniosku (polegające na

niewskazaniu przez ubezpieczoną, jakiego okresu dotyczy wniosek) oraz bierność ubezpieczonej w postępowaniu dotyczącym wyrażenia przez organ rentowy zgody na opłacenie składek po terminie (w szczególności brak złożenia, mimo wezwania ze strony organu rentowego, korekty stosownych dokumentów), nie pozwalają uznać, by wniosek ubezpieczonej był zasadny. Nie sposób nadto pominąć okoliczności, zgodnie z którą w toku niniejszego postępowania ubezpieczona nie wykazała, by opłacenie składek po terminie nastąpiło wskutek jakiejś nadzwyczajnej, niedającej się przewidzieć okoliczności.

Zasadne jest zatem przyjęcie, że dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustało od dnia 1 października 2015 r. Ponownie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego ubezpieczona podlegała bezspornie od dnia 1 listopada 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. W ocenie Sądu, wobec niewykazania przez organ rentowy, aby składka za miesiąc styczeń 2016 r. została opłacona w nienależytej wysokości, nie istnieją podstawy do przyjęcia, że dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustało od dnia 1 stycznia 2016 r. Tym samym należy zdaniem Sądu przyjąć, że do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego ubezpieczona podlegała nieprzerwanie w okresie od dnia 1 listopada 2015 r. przynajmniej do dnia 31 stycznia 2016 r.

Jak była mowa wyżej, prawo do zasiłku chorobowego ubezpieczonemu podlegającemu do ubezpieczenia chorobowego dobrowolnie przysługuje po upływie 90-ciu dni nieprzerwanego ubezpieczenia, przy czym do okresu wyczekiwania wlicza się m.in. poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego, jeżeli przerwa między nimi nie przekroczyła 30 dni. W przypadku ubezpieczonej, przerwa między poprzednim okresem ubezpieczenia chorobowego, który zakończył się z dniem 30 września 2015 r., a kolejnym okresem ubezpieczenia chorobowego, który rozpoczął się w dniu 1 listopada 2015 r., przekroczyła 30 dni. Wnioskodawczyni nie była bowiem objęta ubezpieczeniem chorobowym przez 31 dni miesiąca października 2015 r. Z tej przyczyny bieg 90-cio dniowego okresu wyczekiwania rozpoczął się wobec ubezpieczonej w dniu 1 listopada 2015 r., i upływał w dniu 29 stycznia 2016 r.

Ubezpieczona była niezdolna do pracy w okresie od dnia 15 stycznia 2016 r. do dnia 13 marca 2016 r. Wobec zakończenia się okresu wyczekiwania w dniu 29 stycznia 2016 r., od dnia 30 stycznia 2016 r. przysługiwało ubezpieczonej prawo do zasiłku chorobowego. Prawo to nie przysługiwało ubezpieczonej w okresie od dnia 15 stycznia 2016 r. do dnia 29 stycznia 2016 r., i jedynie w tym zakresie zaskarżona decyzja odpowiadała prawu. Z tej przyczyny zaskarżona decyzja, w której organ rentowy odmówił ubezpieczonej prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 15 stycznia 2016 r. do dnia 13 marca 2016 r. i nadal w przypadku orzeczonej nieprzerwanej niezdolności do pracy, podlegała zmianie w części, w której odmawiała ubezpieczonej prawa do zasiłku chorobowego od dnia 30 stycznia 2016 r. do dnia 13 marca 2016 r. i nadal w przypadku orzeczonej nieprzerwanej niezdolności do pracy – o czym Sąd orzekł jak **w punkcie I sentencji wyroku**.

W pozostałym zakresie odwołanie podlegało oddaleniu, o czym Sąd orzekł jak **w punkcie II sentencji wyroku**, bowiem, jak była mowa wyżej, zaskarżona decyzja odpowiadała prawu w zakresie, w jakim odmawiała ubezpieczonej prawa do zasiłku chorobowego w okresie od dnia 15 stycznia 2016 r. do dnia 29 stycznia 2016 r.

Ustalając stan faktyczny w niniejszej sprawie Sąd działał w oparciu o dowody z dokumentów, albowiem ich wiarygodność i autentyczność nie budziła wątpliwości stron ani Sądu, a także w oparciu o wyjaśnienia ubezpieczonej, które Sąd ocenił jako wiarygodne.

Orzekając o kosztach zastępstwa procesowego jak **w punkcie III sentencji wyroku** Sąd wziął pod uwagę, że ubezpieczona uległa w niniejszym postępowaniu w niewielkim jedynie zakresie i ustalił, iż koszty zastępstwa procesowego wyrażały się kwotą 180 zł, należną ubezpieczonej od organu rentowego (art. 98 k.p.c. w zw. z § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych – Dz. U. z 2015 r. poz. 1804).