

Sygn. akt V Ua 26/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 września 2013 r.

Sąd Okręgowy w Kielcach

V Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Iwona Michalak
	SSO Anna Matysiak SSO Ryszard Sadlik (spr.)
Protokolant:	st.sekr.sądowy Edyta Boszczyk

po rozpoznaniu w dniu 20 września 2013 r. w Kielcach

na rozprawie

sprawy z wniosku N. D.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K.

o zasiłek macierzyński

na skutek apelacji N. D.

od wyroku Sądu Rejonowego w Kielcach

z dnia 14 maja 2013r. sygn. akt IV U 272/13

oddala apelację.

Sygn. akt. V Ua 26/13

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 14 kwietnia 2013 roku, sygn. akt IV U 272/13, Sąd Rejonowy w Kielcach oddalił odwołanie ubezpieczonej N. D. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. z dnia 7 stycznia 2013 roku przyznającej ubezpieczonej prawo do zasiłku macierzyńskiego za okres od 19 października 2012 roku do 4 kwietnia 2013 roku obliczonego od podstawy wymiaru stanowiącej najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe.

Sąd Rejonowy na podstawie akt ubezpieczeniowych organu rentowego oraz zeznań ubezpieczonej N. D. ustalił, że jako stomatolog od dnia 12 października 2009 roku prowadzi ona pozarolniczą działalność gospodarczą - indywidualną praktykę stomatologiczną z siedzibą w K. przy ulicy (...). Z tytułu prowadzenia tej działalności

gospodarczej podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu do dnia 31 lipca 2012 roku, natomiast w miesiącach: sierpień i wrzesień 2012 roku nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu z jakiegokolwiek tytułu. Dopiero w dniu 4 października 2012 roku ponownie zwróciła się z wnioskiem o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej od dnia 1 września 2012 roku opłacając składkę na to ubezpieczenie, jak też składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe, od kwoty 8.742,05 zł stanowiącej 250 % przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale. W tym czasie ubezpieczona była już w zaawansowanej ciąży i w dniu (...)roku urodziła syna K. D.. Następnie po urodzeniu syna ubezpieczona N. D. w dniu 23 października 2012 roku złożyła do pozwanego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. wniosek o wypłatę zasiłku macierzyńskiego w okresie od dnia porodu, tj. (...)roku do (...)roku w łącznym wymiarze 20 tygodni, a także o wypłatę przysługującego jej zasiłku za okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego na syna w okresie od 8 marca 2013 roku do dnia 4 kwietnia 2013 roku w łącznym wymiarze 4 tygodni. Następnie w dniu 7 grudnia 2012 roku N. D. zwróciła się do organu rentowego o wydanie decyzji dotyczącej wypłaty jej zasiłku macierzyńskiego na syna K. D.. W odpowiedzi Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. wydał w dniu 7 stycznia 2013 roku decyzję przyznającą ubezpieczonej prawo do wypłaty zasiłku macierzyńskiego za okres od dnia (...)roku do dnia 4 kwietnia 2013 roku od podstawy wymiaru 2.115,60 zł brutto, a nie od kwoty 8.742,05 zł zadeklarowanej przez N. D. we wniosku złożonym w dniu 4 października 2012 roku.

W świetle tak poczynionych ustaleń stanu faktycznego Sąd Rejonowy uznał, że odwołanie N. D. jest niezasadne.

Sąd I Instancji wskazał, że spór między stronami dotyczył określenia daty początkowej dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego N. D.. Organ rentowy uznał, że podlega ona dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 4 października 2012 roku i w związku z tym urodziła syna K. D. w dniu (...) roku tj. w pierwszym miesiącu kalendarzowym dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, a wobec tego podstawę wymiaru przysługującego jej zasiłku macierzyńskiego stanowi właśnie ta najniższa podstawa wymiaru składek wynosząca 2.115,60 zł brutto. Natomiast ubezpieczona domagała się przyjęcia jako podstawy wymiaru tegoż zasiłku macierzyńskiego kwoty 8.742,05 zł zadeklarowanej przez nią we wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, złożonym w dniu 4 października 2012 roku, podnosząc, że od takiej kwoty dokonała opłaty składki na to ubezpieczenie i że podlega temu ubezpieczeniu od 1 września 2012 roku, tj. od daty wskazanej w tym wniosku i wobec tego urodzenie przez nią dziecka miało miejsce po upływie pierwszego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego.

W ocenie Sadu I instancji bezspornym było to, że N. D. złożyła wniosek o objęcie jej tym ubezpieczeniem w dniu 4 października 2012 roku, przy czym w treści tego wniosku wносиła o objęcie jej tym ubezpieczeniem od dnia 1 września 2012 roku, czyli z datą wsteczną i od podstawy wymiaru składek w kwocie 8.742,05 zł.

Sąd Rejonowy powołując się na art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych stwierdził, iż nie może być mowy o objęciu ubezpieczonej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 1 września 2012 roku ani wprost, ani w jakikolwiek dorozumiany sposób, jak twierdziła N. D.. Ubezpieczona podlegała temu ubezpieczeniu dopiero od dnia 4 października 2012 roku, a zatem urodziła ona syna K. D. w pierwszym miesiącu kalendarzowym tego ubezpieczenia.

Apelację od powyższego wyroku wniosła ubezpieczona zaskarżając go w całości. Zarzuciła błąd w ustaleniach faktycznych sprawy polegający na dowolnym przyjęciu, iż podlegała ona dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 4 października 2012 roku, gdy tymczasem podlegała ona dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 1 września 2012 roku, a który to błąd był konsekwencją naruszenia przepisów postępowania, w szczególności przepisu art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 230 k.p.c. poprzez powierzchowną ocenę materiału dowodowego i okoliczności faktycznych sprawy, zwłaszcza poprzez pominięcie: okoliczności faktycznych przez organ rentowy przyznanych (faktu i sposoby zaksięgowania opłaconej przez odwołującą składki oraz faktu przyjęcia złożonych przez nią dokumentów - a to bez jakichkolwiek zastrzeżeń ze strony organu), jak i oficjalnego stanowiska Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (opublikowanego na rządowej stronie internetowej) co do prawnego znaczenia podjętych przez odwołującą zachowań (sposoby ich rozumienia przez organ rentowy), tj. nawiązania dobrowolnego stosunku ubezpieczenia chorobowego mocą zgodnych oświadczeń woli obu stron złożonych w sposób dorozumiany. Nadto

zarzuciła naruszenie przepisu art. 14 ust 1 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U.2009.205.1585 j.t ze zm.), poprzez błędną wykładnię poprzez dowolne przyjęcie, iż wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym musi bezwzględnie zostać złożony w formie pisemnej, a to w sytuacji, gdy przepis ten formy takiej nie wymaga, a tym samym, i to z odwołaniem do ogólnych zasad, wniosek taki można złożyć poprzez oświadczenie woli wyrażone również w innej formie, w szczególności zaś w sposób dorozumiany, co jest jednoznaczne w kontekście oficjalnego (opublikowanego na stronie rządowej) stanowiska Zakładu Ubezpieczeń Społecznych - w przedmiocie sposobu rozumienia przez organ terminowego opłacenia składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, potwierdzonego złożonymi w dalszej kolejności deklaracjami, a to wszystko po przerwie w takim ubezpieczeniu.

Wskazując na powyższe podstawy apelacji ubezpieczona wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku w całości, a to poprzez uwzględnienie odwołania oraz zmianę zaskarżonej decyzji organu rentowego z dnia 7 stycznia 2013 roku i przyznanie odwołującej się zasiłku macierzyńskiego obliczonego od podstawy wymiaru składki w wysokości 8.742,05 zł brutto, zasądzenie kosztów postępowania przed Sądem I oraz II Instancji na rzecz ubezpieczonej ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi I Instancji do ponownego rozpoznania.

Sąd Odwoławczy zważył, co następuje :

Apelacja ubezpieczonej nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd Okręgowy w pełni podziela oraz przyjmuje za własne ustalenia faktyczne i rozważania prawne poczynione przez Sąd Rejonowy. Sąd ten wyczerpująco uzasadnił swoje stanowisko i dokonał właściwej oceny zebranego materiału dowodowego nie naruszając swobodnej oceny, o której mowa w art. 233 § 1 k.p.c.

Jak słusznie podniósł Sąd I instancji rozpoznawana sprawa dotyczy ustalenia daty początkowej dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego N. D. a w konsekwencji określenia wysokości przyznanego jej zasiłku macierzyńskiego.

Zgodnie z regulacjami zawartymi w ustawie z dnia 17 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity obowiązujący w czasie objętym zaskarżoną decyzją: Dz.U. z 2009r., nr 205, poz. 1585 z późn. zm.), w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą podleganie ubezpieczeniu chorobowemu jest dobrowolne (art. 11 ust. 2 w zw. z art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, co oznacza, że objęcie tym ubezpieczeniem następuje jedynie na wniosek zainteresowanego (art. 14 ust. 1 i 1a tej ustawy). Osoby, które są obejmowane ubezpieczeniami społecznymi na zasadach dobrowolności, zgłaszają wniosek o objęcie ich ubezpieczeniem w terminie przez siebie wybranym (art. 36 ust. 5 ustawy).

W orzecznictwie Sądu Najwyższego ugruntował się już na gruncie tych regulacji pogląd, iż objęcie ubezpieczeniem chorobowym wymaga w tej sprawie złożenia wyraźnego i jednoznacznego wniosku wprost. W szczególności w wyroku z dnia 29 marca 2012 roku (sygn. akt I UK 339/11) Sąd Najwyższy wskazał, iż „nie można przyjąć dorozumianego oświadczenia zainteresowanego o objęcie go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, gdyż brak do tego podstaw. Do stosunków ubezpieczenia społecznego - jako stosunków regulowanych prawem publicznym - nie ma zastosowania art. 60 k.c., zgodnie z którym wola osoby dokonującej czynności prawnej może być wyrażona przez każde zachowanie się tej osoby, które ujawnia jej wolę w sposób dostateczny. Przepis ten reguluje składanie oświadczeń woli per facta concludentia w stosunkach cywilnych (regulowanych prawem prywatnym). Nie ma podstaw do odpowiedniego stosowania przepisów Kodeksu cywilnego do wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym. Przystąpienie do ubezpieczenia społecznego nie jest czynnością prawną prawa cywilnego, do której można stosować wymieniony przepis oraz inne przepisy Kodeksu cywilnego. Nie jest również czynnością prawa pracy, jak np. umowa o pracę, do której można byłoby na podstawie art. 300 k.p. stosować odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego. Wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym musi być wyraźny i jednoznaczny, nie jest wystarczające samo opłacanie przez zainteresowanego składek na to ubezpieczenie oraz przyjmowanie tych składek przez organ rentowy”.

Dodatkowo w tym samym orzeczeniu Sąd Najwyższy przywołał szereg innych wyroków, w których zajęto identyczne stanowisko. I tak, przyjmuje się (np. w odniesieniu do ubezpieczenia społecznego rolników), że samo faktyczne opłacanie składek na ubezpieczenie społeczne nie jest wystarczające do objęcia tym ubezpieczeniem (por. wyrok z 22 lipca 2009 r., I UK 70/09, LEX nr 529763). Z kolei w wyroku z 28 listopada 2002 r., II UK 93/02, LEX nr 577471, Sąd Najwyższy wyraził pogląd, że sam fakt opłacania składek na ubezpieczenie społeczne przez osobę wyłączonej z możliwości objęcia tym ubezpieczeniem nie może rodzić skutków prawnych odmiennych od wyraźnej regulacji ustawowej.

Sąd Okręgowy w składzie orzekającym w pełni zgadza się z ugruntowaną linią orzeczniczą zaprezentowaną w wyżej wymienionych wyrokach.

W tym miejscu wskazać należy, iż powołane w uzasadnieniu apelacji orzecznictwo odwołuje się do ustalenie istnienia stosunku ubezpieczenia w sytuacji, gdy ubezpieczony mimo nie złożenia formalnego wniosku o objęcie go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym odprowadzał składki na ubezpieczenia obowiązkowe, jak i na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Tymczasem w mniejszej sprawie N. D. wniosek o przystąpienie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej złożyła w dniu 4 października 2012 roku, przy czym w treści tego wniosku wносиła o objęcie jej tym ubezpieczeniem od dnia 1 września 2012 roku, czyli z datą wsteczną i od podstawy wymiaru składek w kwocie 8.742,05 zł. Już tylko z tej racji powołane przez skarżącą w apelacji orzecznictwo nie może mieć zastosowania ze względu na odmiennność zaistniałego w nich stanu faktycznego.

W świetle powyższego brak było więc jakichkolwiek podstaw, by przyjąć, iż w analizowanym przypadku mimo formalnego złożenia wniosku w dniu 4 października 2012 roku doszło jednak do złożenia w sposób dorozumiany wniosku odnoszącego się do okresu od dnia 1 września 2012 roku.

Zdaniem Sądu Okręgowego nie doszło zatem naruszenia prawa materialnego, a tym samym zostały spełnione przesłanki określone w art. 14 ust. 1 i 1a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Powyższe prowadzi do wniosku, iż apelacja N. D. była bezzasadna. Sąd Okręgowy uznał, rozstrzygnięcie Sądu Rejonowego za prawidłowe.

Mając na uwadze powyższe okoliczności Sąd Okręgowy, na podstawie art. 385 kpc orzekł jak w sentencji wyroku.