

Sygn. akt III AUa 60/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 listopada 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w składzie:

Przewodniczący: SSA Beata Michalska (spr.)

Sędziowie: SSA Dorota Rzeźniowiecka

del. SSO Karol Kotyński

Protokolant: sekretarz sądowy Małgorzata Matusiak

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 7 listopada 2017 r. w Ł.

sprawy M. B.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w O.

o ustalenie ubezpieczenia

na skutek apelacji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w O.

od wyroku Sądu Okręgowego w Kaliszu

z dnia 14 listopada 2016 r. sygn. akt V U 657/16

oddala apelację.

Sygn. akt: III AUa 60/17

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 10 marca 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Oddział w O. stwierdził, że M. B., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, podlega od 1 do 31 października 2015r. dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Organ rentowy wskazał, że ubezpieczona wyrejestrowała się z ubezpieczeń, aby po miesiącu zarejestrować się ponownie z wyższą podstawą wymiaru składek, co w efekcie miało tylko i wyłącznie służyć uzyskaniu przez nią świadczenia z ubezpieczenia chorobowego na okres macierzyństwa w wyższej kwocie. Organ rentowy uznał, że czynność polegająca na złożeniu przez ubezpieczoną wniosku o wyrejestrowanie z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego jest nieważna jako niezgodna z zasadami współżycia społecznego (art. 58 ust. 2 k.c.).

W odwołaniu z dnia 30 marca 2016 r. ubezpieczona wniosła o uchylenie powyższej decyzji w trybie art. 477⁹ § 2 k.p.c., ewentualnie o jej zmianę poprzez stwierdzenie, że jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą nie podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu za ww. okres, gdyż organ rentowy nie ma prawa ingerować w oświadczenie w przedmiocie wysokości zadeklarowanej podstawy wymiaru składek, jeśli mieści się ona w granicach ustawowych. Decyzja organu rentowego narusza treść art. 58 § 2 k.c. oraz art.14 ust.2 pkt. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

W odpowiedzi z dnia 28 kwietnia 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych wniósł o oddalenie odwołania.

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 14 listopada 2016 r., sygn. akt: V U 657/16, Sąd Okręgowy w Kaliszu zmienił sporną decyzję z dnia 10 marca 2015r. w ten sposób, że ustalił, iż M. B., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, od 1 do 31 października 2015 r. nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Rozstrzygnięcie to poprzedziły następujące ustalenia faktyczne:

M. B., od dnia 1 kwietnia 2013r., prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą. W okresie od 13 października 2014 r. do 31 maja 2015r. działalność ta była zawieszona. Dnia 1 czerwca 2015 r. odwołująca wznowiła działalność gospodarczą i od tej daty zgłosiła się do ubezpieczeń społecznych, w tym dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. W okresie od 1 września do 30 listopada 2015r. odwołująca się pobierała zasiłek chorobowy, aby od 1 grudnia 2015r. zwrócić się z roszczeniem o wypłatę zasiłku macierzyńskiego. W okresie pobierania zasiłku w dniu 30 października odwołująca dokonała wyrejestrowania z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 1 października 2015r., aby w dniu 2 listopada 2015r. ponownie zgłosić się do tego ubezpieczenia od 1 listopada 2015r.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Okręgowy uznał, że odwołanie zasługuje na uwzględnienie i podkreślił, że w niniejszej sprawie okoliczności faktyczne nie były sporne. Istotą sprawy było udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy M. B. skutecznie wyrejestrowała się z ubezpieczeń chorobowych. Organ rentowy stoi na stanowisku, że nie było ono skuteczne, albowiem czynność polegająca na wyrejestrowaniu z ubezpieczeń (a po miesiącu ponownym zgłoszeniu) była sprzeczna z zasadami współżycia społecznego, w konsekwencji nieważna. Z utrwalonego orzecznictwa sądowego wynika jednak, że wniosek – zarówno o zgłoszenie się do ubezpieczeń społecznych, jak i wniosek o wyrejestrowanie z ubezpieczeń – nie jest czynnością prawną. Nie jest to czynność prawna w rozumieniu Kodeksu cywilnego. Nie stanowi ono zdarzenia prawnego kreującego jakikolwiek stosunek cywilnoprawny. Do tego typu zachowań nie stosuje się zatem przepisów Kodeksu cywilnego. Pogląd ten znajduje oparcie m.in. w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 5 grudnia 2007 r., sygn. akt: II UK 106/07, opubl. LEX 346189. Sąd Najwyższy stwierdził, że nie jest czynnością prawną, czy zdarzeniem prawnym rodzącym, kreującym stosunek cywilnoprawny oświadczenie o deklaracji podlegania ubezpieczeniu, czy wyrejestrowaniu z ubezpieczeń. Nie ma zatem możliwości stosowania do tego typu zachowań konstrukcji przewidzianych w art. 58 k.c. Sąd Okręgowy stwierdził, że odwołująca złożyła skuteczny wniosek o wyrejestrowanie, po czym ponownie zgłosiła się do tych ubezpieczeń. Co się tyczy natomiast podnoszonych przez organ rentowy okoliczności dotyczący celu, w jakim odwołująca się zachowania te podjęła (zdaniem organu rentowego tylko i wyłącznie w kierunku uzyskania wyższych świadczeń z ubezpieczenia społecznego), to tego typu okoliczności nie mogą w przedmiotowej sprawie mieć jakiegokolwiek znaczenia. Okoliczności tego rodzaju, zdaniem Sądu Okręgowego, można podnosić w ramach odrębnych postępowań, w tym w sprawie o odmowę wypłaty zasiłku chorobowego. W niniejszej sprawie istota sporu polegała zaś na udzieleniu odpowiedzi na pytanie o skuteczność złożonego przez M. B. wniosku o wyrejestrowanie się z ubezpieczeń chorobowych. Sąd Okręgowy przypomniał, że przepis art.14 ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (j.t.:Dz.U. 2016 r. poz.963) stanowi, iż ubezpieczenie emerytalne i rentowe oraz chorobowe ustają między innymi od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony. W ocenie Sądu Okręgowego, odwołująca taki skuteczny wniosek o wyłączenie z ubezpieczenia chorobowego złożyła, a w związku z tym ubezpieczenie chorobowe za miesiąc październik rzeczywiście ustało. W rezultacie Sąd I instancji, na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c., uznał odwołanie za uzasadnione i zmienił zaskarżoną decyzję.

Wyrok Sądu Okręgowego zaskarżył apelacją w całości organ rentowy, zarzucając:

- naruszenie przepisów prawa materialnego – art.83 ust. 1 pkt. 2, art.11 ust. 2, art.14 ust. 1, 1a i ust. 2, art.36 ust. 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych;
- naruszenie przepisów prawa materialnego – art. 58 § 1 i 2 k.p.c.
- naruszenie przepisów o postępowaniu – art. 233 § 1 k.p.c. poprzez naruszenie zasady swobodnej oceny dowodów.

W uzasadnieniu organ rentowy wskazał m.in., że dokonała wyrejestrowania z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego po ustawowym terminie. Co za tym idzie, wnioskodawczyni nie dopełniła obowiązku prawidłowego wyrejestrowania z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, ponieważ dokument wyrejestrowujący (...) nie został zgłoszony w ustawowym terminie (data wpływu dokumentu (...) do organu rentowego z 30 października 2016 r.). Odwołująca złożyła wniosek o wyrejestrowanie się z tego ubezpieczenia z datą wsteczną. W konsekwencji, zdaniem organu rentowego, nie doszło do przerwania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, dlatego też nie sposób uznać, by odwołująca się dokonała skutecznego wyrejestrowania z ubezpieczenia chorobowego. O dacie ustania i powstania dobrowolnych ubezpieczeń z mocy art. 14 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych nie decyduje data wypełnienia wniosku, lecz złożenia go w organie rentowym. Nadto skarżący wskazał, że chęć wyrejestrowania się przez odwołującą z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego była podyktowana zamiarem uzyskania wyższych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego w postaci uzyskania zasiłku macierzyńskiego. Zachowanie takie pozostaje niezgodne z zasadami współżycia społecznego i jest nieważne z mocy art. 58 k.c.

Z tych powodów skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie odwołania.

W odpowiedzi na apelację odwołująca się wniosła o jej oddalenie oraz zasądzenie od organu rentowego zwrotu kosztów procesu za II instancję według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja jest bezzasadna i z tego powodu podlega oddaleniu.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, wyrok Sądu I instancji jest prawidłowy i niesprzeczny z obowiązującymi przepisami prawa. Sąd Apelacyjny nie dostrzegł powodów mogących uzasadnić jego zmianę lub uchylene.

W pierwszej kolejności przypomnieć wypada, że w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych przedmiot rozpoznania i orzekania wyznacza decyzja, od której wniesiono odwołanie (art. 477⁹ i art. 477¹⁴ k.p.c.) i tylko w tym zakresie podlega ona kontroli sądu zarówno pod względem jej formalnej poprawności, jak i merytorycznej zasadności. Sporną decyzją z 10 marca 2016 r. organ rentowy stwierdził, że odwołująca, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 1 do dnia 31 października 2015 r. To oznacza, że organ rentowy zakwestionował możliwość wyrejestrowania się przez odwołującą z dobrowolnego z definicji ubezpieczenia chorobowego za ww. okres. Dla porządku warto przypomnieć, że 1 czerwca 2015r. odwołująca wznowiła zawieszoną wcześniej działalność gospodarczą i z tą datą zgłosiła się do ubezpieczeń społecznych (w tym do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego) i ubezpieczenia zdrowotnego. Przy tym w okresie od 1 września do 23 listopada 2015r. pobierała zasiłek chorobowy, a w dniu 30 października 2015r. wyrejestrowała się z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego i w dniu 2 listopada 2015r. ponownie zgłosiła się do tego ubezpieczenia od 1 listopada 2015r. Organ rentowy doszedł do przekonania, że takie postępowanie ubezpieczonej, z uwagi na treść obowiązujących przepisów – art. 48 ust. 2 w zw. z art. 36 ust. 2 i 4 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2014 r., poz. 159 ze zm.) – powodowane było jedynie chęcią uzyskania wyższych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego w postaci zasiłku macierzyńskiego przy niewspółmiernie niższych poniesionych kosztach.

Wbrew twierdzeniom apelującego, obowiązujące przepisy prawa nie dają organowi rentowemu możliwości kwestionowania skuteczności dokonanych przez ubezpieczoną ww. czynności. Zgodnie z art. 11 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z 2017r. poz. 1778), osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi (w tym osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt. 5) podlegają na swój wniosek dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu. Objęcie ubezpieczeniem dobrowolnym następuje na podstawie stosownego wniosku, co nie oznacza, że zawarte w nim oświadczenie o zgłoszeniu do ubezpieczenia stanowi czynność kreującą stosunek cywilnoprawny, gdyż ubezpieczenie dobrowolne nie opiera się na umowie, tylko na zgłoszeniu powodującym "wejście" do systemu. Natomiast ustanie dobrowolnego ubezpieczenia może być konsekwencją działania samego ubezpieczonego, przejawiającego się w

złożeniu wniosku o wyłączenie z ubezpieczeń albo konsekwencją okoliczności powodujących ustanie ubezpieczenia ex lege. Apelujący nie zanegował skutecznie argumentacji Sądu Okręgowego, zgodnie z którą odwołująca taki wniosek o wyłączenie z ubezpieczenia chorobowego złożyła w październiku 2015r., a w związku z tym ubezpieczenie chorobowe w miesiącu październiku rzeczywiście ustało.

Za nieuzasadniony uznać należy zarzut apelacji poddający w wątpliwość skuteczność wyrejestrowania się odwołującej z ubezpieczenia chorobowego oraz ponownego do nich zgłoszenia z uwagi na przekroczenie 7 – dniowego terminu, o którym mowa w art. 36 ust. 4 ustawy o s.u.s. Interpretacja tegoż przepisu proponowana przez organ rentowy, nie tylko nie znajduje oparcia w obowiązującym stanie prawnym, ale pozostaje w sprzeczności z dobrowolnym charakterem ubezpieczenia chorobowego osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą. Przywołany przez Zakład przepis art. 36 ust. 4 odwołuje się w swej treści do art. 36 ust. 2 i 3, precyzując, że obowiązek dokonania opisanych w przepisach tych zgłoszeń, wykonać należy we wskazanym przez apelującego terminie 7 dni od dnia powstania obowiązku ubezpieczenia. Przepis art.36 ust. 2 nie odnosi się jednak do osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą. Mowa w nim o podmiotach określonych w art. 6 ust. 1 pkt 1 – 4, 6 – 9b, 11, 12, 18a – 22, ust. 2, 2a i 2d, duchownych będących członkami zakonów lub klasztorów oraz osób współpracujących, o których mowa w art. 8 ust. 11 ww. ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. O osobach prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą mowa zaś w art. 36 ust. 3, który to stanowi, że obowiązek zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych osób, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 5 (tj. prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą) i 10, z zastrzeżeniem ust. 2, należy do tych osób. Obowiązek taki należy, zgodnie z art. 36 ust. 4, zrealizować w terminie 7 dni. Niemniej jednak w ww. przepisie ustawa stanowi o zgłoszeniu do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych. Zgodnie z aktualnymi przepisami ustawy osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą – w myśl art. 6 ust. 1 pkt. 5 ustawy systemowej – podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym. Stosownie do art. 12 ust. 1 osoby te obowiązkowo podlegają również ubezpieczeniu wypadkowemu. To właśnie w odniesieniu do tych obowiązkowych ubezpieczeń – emerytalnego, rentowych i wypadkowego – zastosowanie znajduje art. 36 ust. 4. Zgodnie z art.13 ust.4 ustawy systemowej obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu podlegają osoby fizyczne prowadzące pozarolniczą działalność – od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności, z wyłączeniem okresu, na który wykonywanie działalności zostało zawieszona na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej. 7 – dniowy termin rozpoczyna swój bieg z chwilą powstania obowiązku ubezpieczenia lub wyrejestrowania, tj. odpowiednio z chwilą rozpoczęcia wykonywania działalności lub od dnia zaprzestania wykonywania tej działalności. Zgodnie z art. 11 ww. ustawy, osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi (w tym także osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt. 5) podlegają ubezpieczeniu chorobowemu dobrowolnie – na swój wniosek. W myśl art. 36 ust. 5 osoby, które są obejmowane ubezpieczeniami społecznymi na zasadach dobrowolności, zgłaszają wniosek o objęcie ich ubezpieczeniem w terminie przez nie wybranym. Przepis ten sprzeciwia się tezie dotyczącej obowiązku złożenia wniosku o zarejestrowanie lub wyrejestrowanie z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z zachowaniem terminu 7 dni.

Co się zaś tyczy podnoszonego w apelacji zarzutu sprzeczności czynności wyrejestrowania i ponownego zarejestrowania do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z zasadami współzycia społecznego – art. 58 § 2 k.c. – Sąd Apelacyjny podziela w tym zakresie w całości rozważania Sądu I instancji. Jak wspomniano wcześniej, osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega ubezpieczeniu chorobowemu na zasadzie dobrowolności, a objęcie tym ubezpieczeniem realizuje się poprzez zgłoszenie stosownego wniosku (art. 11 ust. 2 i art. 36 ust. 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). Nie oznacza to jednak, że przedmiotowy wniosek, a konkretnie zawarte w nim oświadczenie o zgłoszeniu do ubezpieczenia chorobowego, stanowi czynność prawną (zdarzenie prawne) rodzącą i kreującą stosunek cywilnoprawny (vide: wyrok SN z dnia 5.12.2007 r., II UK 106/07, LEX nr 346189). Z tego względu czynności takiej nie sposób oceniać przez pryzmat przywołanych przez organ rentowy zasad współzycia społecznego.

Za chybiony uznać należało również zarzut naruszenia art. 233 k.p.c. Należy przypomnieć, że skuteczne postawienie zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. wymaga wykazania, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego, to bowiem jedynie może być przeciwstawione uprawnieniu sądu do dokonywania

swobodnej oceny dowodów. Nie jest natomiast wystarczające przekonanie strony o innej, niż przyjął sąd, wadze oraz doniosłości poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie, niż ocena sądu. W niniejszej sprawie istotne z punktu widzenia przedmiotu sporu okoliczności faktyczne nie były w zasadzie kwestionowane.

Natomiast argumenty dotyczące rzeczywistej woli ubezpieczonej, zamiaru towarzyszącego jej podczas podejmowania spornych czynności (chęć uzyskania wyższego zasiłku macierzyńskiego), aczkolwiek mogłyby okazać się istotne w toku postępowania dotyczącego ustalenia podstawy wymiaru świadczenia, są bez znaczenia w postępowaniu wyznaczonym treścią spornej decyzji. Budzi bowiem uzasadnione wątpliwości zachowanie odwołującej, która dokonywała zmian w zakresie podstawy wymiaru składek w trakcie ziszczenia się już ryzyka ubezpieczeniowego (tj. w czasie trwającej niezdolności do pracy), ponieważ od 1 września do 23 listopada 2015r. pobierała zasiłek chorobowy. Przy tym co do zasady, zgodnie z art. 48 ust. 1 w związku z art.52 cyt. ustawy z 25 czerwca 1999r., podstawę wymiaru zasiłku chorobowego (zasiłku macierzyńskiego) przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stanowi przeciętny miesięczny przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Już na marginesie tych rozważań można zwrócić uwagę, że zgłoszenie wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym skierowane jest na osiągnięcie skutku w sferze stosunków ubezpieczeniowych, ale ubezpieczenie chorobowe nie jest ubezpieczeniem samoistnym, pozostaje w ścisłym związku z ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi (jest od nich zależne – por. m.in. art.14 ust.2 pkt 3 ustawy o s.u.s.). Co za tym idzie, samoistna nie jest też podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, bowiem w myśl art.18 ust.8 w związku z art.20 ust.1 ustawy o s.u.s. określa ją zawsze podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe, przy czym zgodnie z powołanym art.18 ust.8 zd.2 , składka w nowej wysokości obowiązuje od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia danego roku (por. wyrok Sądu Najwyższego z 5 grudnia 2007r., II UK 106/07). Sąd Najwyższy w wyroku z 28 sierpnia 2012r., II UK 34/12, uznał, że „podstawę wymiaru zasiłku macierzyńskiego, do którego prawo powstało w pierwszym miesiącu kalendarzowym niepoprzedzonego innym ubezpieczeniem dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej, określa art. 49 pkt 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz.U. z 2010 r. Nr 77, poz. 512 ze zm.), jako najniższą podstawę wymiaru składek na to ubezpieczenie po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4 tej ustawy, bez względu na wysokość kwoty zadeklarowanej na podstawie art.18 ust.8 lub 18a ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j.Dz.U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585 ze zm.)”. W okolicznościach powołanej wyżej sprawy w sporze była jednak decyzja organu rentowego, której przedmiotem było ustalenie podstawy wymiaru zasiłku macierzyńskiego przysługującego ubezpieczonej.

W tym stanie rzeczy Sąd Apelacyjny, ograniczony zakresem skarżonej decyzji , podzielił ustalenia faktyczne i rozważania prawne Sądu I instancji i na podstawie art. 385 k.p.c., oddalił apelację, jako bezzasadną.