

## UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 28 kwietnia 2016 roku Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi XI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w sprawie XIU 1569/15:

- 1) zmienił zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddziału w Ł. z dnia 10 listopada 2015 roku i przyznał M. C. prawo do zasiłku chorobowego od dnia 15 września 2015 roku do końca uprawnień, liczonego od podstawy wymiaru, która była podstawą wyliczenia zasiłku chorobowego przyznanego na okres do dnia 14 lipca 2015 roku,
- 2) oddalił odwołanie w pozostałym zakresie.

Powyższe rozstrzygnięcie Sąd Rejonowy oparł na następujących ustaleniach faktycznych:

Ubezpieczona M. C. od 2006 roku prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą i z tego tytułu podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w następujących okresach:

- od dnia 1 kwietnia 2010 roku do dnia 31 stycznia 2012 roku,
- od dnia 1 lutego 2012 roku do dnia 17 lipca 2012 roku otrzymywała zasiłek macierzyński,
- od dnia 18 lipca 2012 roku. do dnia 14 lipca 2015 roku.

W dniu 3 sierpnia 2015 roku. zostało przesłane do ZUS zgłoszenie objęcia ubezpieczeniami społecznymi, w tym dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 3 sierpnia 2015r.

Tego samego dnia zostało przesłane do ZUS zgłoszenie objęcia ubezpieczeniami społecznymi w tym dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 1 sierpnia 2015 roku.

Ubezpieczona była niezdolna do pracy z powodu choroby od dnia 15 września 2015 roku.

W oparciu o tak ustalony stan faktyczny Sąd Rejonowy uznał, iż odwołanie ubezpieczonej jest częściowo zasadne.

Sąd podniósł, iż bezspornym w niniejszej sprawie jest okoliczność, że ubezpieczona stała się niezdolna do pracy w okresie podlegania ubezpieczeniu chorobowemu, a istota sporu sprowadzała się do rozstrzygnięcia 2 kwestii:

- 1) z jaką datą została ona skutecznie objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym w sierpniu 2015 roku - czy od 1 czy też od 3 sierpnia 2015 roku,
- 2) wysokości podstawy wymiaru, od której powinien zostać ustalony zasiłek chorobowy.

W odniesieniu do ustalenia daty objęcia ubezpieczonej ubezpieczeniem chorobowym Sąd wskazał, że osoby prowadzące działalność gospodarczą podlegają ubezpieczeniu chorobowemu dobrowolnie (art.11 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych, tekst jednolity Dz.U. z 2015 roku, poz.121), a zgodnie z dyspozycją art.14 ust.1 ww. ustawy objęcie dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym, rentowym i chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony. W przypadku dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego wymagany jest dodatkowy warunek, by wniosek został zgłoszony w terminie 7 dni od powstania obowiązku ubezpieczenia emerytalnego i rentowych. Przy czym dotyczy to sytuacji, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych następuje po raz pierwszy po rozpoczęciu pozarolniczej działalności gospodarczej. W pozostałych przypadkach (tj. zawieszenia działalności gospodarczej, wyłączenia z ubezpieczenia) decydująca jest data złożenia wniosku. Wobec złożenia wniosku w dniu 3 sierpnia 2015 roku, ubezpieczona podlega ubezpieczeniom społecznym od tej daty. Sąd I instancji podkreślił

także, że przystąpienie do ubezpieczenia społecznego nie jest czynnością prawną prawa cywilnego, do której można stosować 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 ubezpieczonego składek na to ubezpieczenie oraz przyjmowanie tych składek przez organ rentowy.

W kwestii podstawy wymiaru zasiłku chorobowego za sporny okres Sąd zauważył, że ubezpieczona podlegała ubezpieczeniom społecznym w okresie do dnia 14 lipca 2015 roku, a następnie od dnia 3 sierpnia 2015 roku. Niezdolność do pracy ubezpieczonej od dnia 15 września 2015 roku, powstała wprawdzie przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, jak wywodził organ rentowy, jednakże, nie można pominąć okoliczności, iż przerwa pomiędzy okresami podlegania ubezpieczeniom społecznym nie przekraczała 30 dni (14 lipca 2015 roku do 3 sierpnia 2015 roku). Sąd podniósł, iż w przypadku przerwy w podleganiu ubezpieczeniu chorobowemu nieprzekraczającej 30 dni, ustalając podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem, którą stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy, uwzględnia się przychód z tego okresu nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego w rozumieniu art.4 ust.2 tej ustawy (por. uchwała Sądu Najwyższego z dnia 12 września 2008 roku, I UZP 5/08, OSNP 2009/5-6/70). Sąd wskazał, iż zgodnie z art.4 ust.1 i 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jednolity Dz.U. z 2014 roku, poz.159), ubezpieczony nabywa prawo do zasiłku chorobowego po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego - jeżeli jest ubezpieczony dobrowolnie. Do okresu ubezpieczenia chorobowego 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. Sąd podkreślił, że w świetle omawianej regulacji, ubezpieczona posiada nieprzerwany okres ubezpieczenia chorobowego, bowiem początek nowego okresu ubezpieczenia (3 sierpnia 2015 roku) rozpoczął się dwudziestego dnia po ustaniu poprzedniego okresu ubezpieczenia (14 lipca 2015 roku), a zatem przerwa w ubezpieczeniu nie przekroczyła 30 dni. Przerwy w podleganiu ubezpieczeniu chorobowemu nieprzekraczające 30 dni nie prowadzą do rozpoczynania na nowo (od początku) nowego ubezpieczenia chorobowego, bo okresy takich przerw (uznane za legalne i usprawiedliwione w konkretnych okolicznościach danej sprawy), nie przerywają tego ubezpieczenia w rozumieniu przepisów ww. ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, które jest nieprzerwanym ubezpieczeniem chorobowym w rozumieniu art.4 ust.2 i art.36 ust.4 w związku z art.48 ust.1 i 2 tej ustawy. Nadto, stosownie do art.43 ww. ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa wymiaru zasiłku nie ustala się na nowo, jeżeli między okresami pobierania zasiłków zarówno tego samego rodzaju, jak i innego rodzaju nie było przerwy albo przerwa była krótsza niż 3 miesiące kalendarzowe. W sprawie niniejszej, pomiędzy okresami pobierania zasiłków (koniec okresu pobierania zasiłku w dniu 14 lipca 2015 roku oraz początek okresu pobierania kolejnego zasiłku w dniu 15 września 2015 roku) przerwa wyniosła poniżej 3 miesięcy. W związku z powyższym, Sąd uznał, że ubezpieczona, mimo przerwy w ubezpieczeniu, posiada nieprzerwany okres ubezpieczenia, w związku z czym wysokość zasiłków powinna zostać ustalona w oparciu o podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem, która stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy, a który był podstawą do ustalenia wysokości świadczenia za okres do 14 lipca 2015 roku.

Wobec powyższego Sąd podstawie art.477<sup>14</sup>§1 i 2 k.p.c. orzekł, jak w sentencji wyroku.

Apelację od powyższego wyroku złożyła ubezpieczona, zaskarżając wyrok w całości.

Zaskarżonemu wyrokowi zarzuciła:

1) naruszenie prawa procesowego - art.233 k.p.c. poprzez niewłaściwą ocenę złożonych przez strony postępowania dokumentów, a w konsekwencji przyjęcie, że M. C. została objęta ubezpieczeniem chorobowym od 3 sierpnia 2015 roku,

2) naruszenie prawa materialnego - art.14 ust.1 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez niewłaściwe zastosowanie, a w konsekwencji przyjęcie, że skuteczne doręczenie wniosku o objęcie ubezpieczeniami społecznym, w tym chorobowym, nastąpiło w dniu 3 sierpnia 2015 roku, co doprowadziło do wydania decyzji z dnia 10 listopada 2015 roku, w której ZUS I Oddział w Ł. przyjął za podstawę wymiaru składki kwotę 2 049,73 zł.

Wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku i uwzględnienie odwołania, ewentualnie o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania lub uchylenie wyroku i poprzedzającej go decyzji organu rentowego i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania organowi rentowemu.

W uzasadnieniu apelacji podkreśliła, że Sąd I instancji nie wziął pod uwagę faktu, iż do organu rentowego wpłynęły dwie dyspozycje objęciem ubezpieczeniem społecznym datowane na dzień 1 oraz 3 sierpnia 2015 roku i tym samym wobec powstałej wątpliwości, co do rzeczywistych intencji M. C. organ rentowy wobec opłacenia przez ubezpieczoną składek za sierpień 2015 roku w pełnej wysokości, powinien w sposób dorozumiany uznać, że ubezpieczona dokonując wpłat we właściwym terminie i w wymaganej wysokości wyraziła wolę dalszego uczestniczenia i pozostawania w dobrowolnym ubezpieczeniu od daty wskazanej pośrednio przez wysokość opłaconej stawki, a więc od 1 sierpnia 2015 roku. Na potwierdzenie swojego stanowiska skarżąca przytoczyła orzeczenia Sądu Najwyższego, jakie zapadły w sprawach o następujących sygnaturach akt: II UKN 439/00 (z dnia 27 czerwca 2001 roku), II URN 299/99 (z dnia 3 lutego 1989 roku), I UK 376/04 (z dnia 16 sierpnia 2005 roku).

Podniosła również, że nie można się zgodzić z Sądem Rejonowym, że wniosek ubezpieczonej o objęcie ubezpieczeniami społecznymi został skutecznie doręczony organowi rentowemu w dniu 3 sierpnia 2015 roku. Zdaniem skarżącej, ponieważ ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych nie precyzuje zagadnień związanych z doręczeniem, należy stosować przepisy procedury cywilnej. Nadanie pisma, ma zatem taki sam skutek jakby pismo zostało złożone w odpowiednim organie. Ubezpieczona złożyła wniosek w dniu 1 sierpnia 2015 roku, zatem okres ubezpieczenia powinien rozpocząć się od pierwszego dnia miesiąca. 1 sierpnia 2015 roku był dniem wolnym od pracy i dopiero w dniu 3 sierpnia 2015 roku, czyli w poniedziałek wniosek mógł wpłynąć do organu rentowego.

### ***Sąd Okręgowy zważył, co następuje:***

Apelująca zaskarżając wyrok Sąd Rejonowego w całości wniosła o jego zmianę i uwzględnienie odwołania, ewentualnie uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania lub uchylenie wyroku i poprzedzającej go decyzji i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania organowi rentowemu.

Na wstępie należy wskazać, iż zgodnie z treścią w art.373 k.p.c. w związku z art.370 k.p.c. Sąd drugiej instancji dokonuje oceny dopuszczalności apelacji. Przez dopuszczalność apelacji należy rozumieć istnienie zaskarżonego orzeczenia, właściwość apelacji pod względem przedmiotowym i podmiotowym. O dopuszczalności apelacji decyduje również wniesienie jej w określonym terminie oraz zachowanie wymagań formalnych.

Niezbędną przesłanką dopuszczalności zaskarżenia każdego orzeczenia w postępowaniu cywilnym jest istnienie interesu prawnego w zaskarżeniu orzeczenia. Interes prawny w zaskarżeniu orzeczenia, określanym mianem gravamen, oznacza pokrzywdzenie polegające na niekorzystnej dla strony różnicy między zgłoszonym przez nią żądaniem, a sentencją orzeczenia, wynikającej z porównania zakresu żądania i treści rozstrzygnięcia (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 23 marca 2006 roku, II CZ 22/06, Lex, nr 96615). Pokrzywdzenie polega bądź na całkowitym, bądź na częściowym nieuwzględnieniu żądań strony. Strona niezadowolona i pokrzywdzona rozstrzygnięciem sądu pierwszej instancji, może zwrócić się do sądu odwoławczego o kontrolę tego rozstrzygnięcia.

Ubezpieczona objęła zakresem zaskarżenia całość orzeczenia Sądu I instancji, a zatem także rozstrzygnięcie, w którym Sąd częściowo uwzględnił jej żądanie i zmienił zaskarżoną decyzję przyznając M. C. prawo do zasiłku chorobowego od dnia 15 września 2015 roku do końca uprawnień, liczonego od podstawy wymiaru, która była podstawą wyczenia zasiłku chorobowego przyznanego na okres do dnia 14 lipca 2015 roku. Skoro zaskarżone orzeczenie w zakresie punktu 1 nie jest dla ubezpieczonej niekorzystne nie przysługuje jej uprawnienie do zaskarżenia orzeczenia w tej części.

Nadto w treści apelacji ubezpieczona nie zgłaszała żadnych zarzutów dotyczących punktu pierwszego rozstrzygnięcia Sądu I instancji.

Wobec powyższego na podstawie art.373 k.p.c. w zw. z art.370 k.p.c. odrzucił apelację ubezpieczonej w zakresie punktu 1 wyroku Sądu Rejonowego, jako niedopuszczalną.

Istota postępowania apelacyjnego sprowadziła się do rozstrzygnięcia czy Sąd I instancji oddalając w punkcie 2 wyroku odwołanie ubezpieczonej w pozostałym zakresie i tym samym uznając, że M. C. została objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 3 sierpnia 2015 roku wydał prawidłowe orzeczenie, czy też, jako datę objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym M. C. należy przyjąć datę 1 sierpnia 2015 roku.

Wbrew zarzutom skarżącego ocena zebranego w sprawie materiału dowodowego nie przekracza ram określonych przez przepis art.233§1 k.p.c. Celem wyjaśnienia spornej kwestii Sąd Rejonowy w sposób prawidłowy przeprowadził postępowanie dowodowe, dokonał analizy zebranych dowodów, nie naruszając zasady ich swobodnej oceny i w oparciu o przyjęty stan faktyczny sprawy, prawidłowo zastosował konkretne przywołane przepisy prawa materialnego. Sąd Okręgowy w pełni aprobeuje ustalenia faktyczne Sądu I instancji i przyjmuje za własne. Podziela również wywody prawne zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, nie znajdując żadnych podstaw do jego zmiany bądź uchylecia we wskazanym powyżej zakresie.

Nadmienić należy, że zgodnie z treścią art.11 w związku z art.6 ust.1 punkt 5 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity Dz.U. z 2016 roku, poz.963) osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą podlegają ubezpieczeniu chorobowemu dobrowolnie, a zgodnie z art.14 ust.1 ww. ustawy, 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. Jednocześnie art.14 w ust.1a ww. ustawy przewiduje, że 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 ww. ustawy to jest w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia, przy czym w myśl ust.5 osoby, które są obejmowane ubezpieczeniami społecznymi na zasadach dobrowolności zgłaszają wniosek o objęcie ich ubezpieczeniem w terminie przez nie wybranym.

Analiza powyższych przepisów prowadzi do jednoznacznego stwierdzenia, że objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą następuje na wniosek, a o tym czy możliwe jest przyjęcie daty wcześniejszej tj. wskazanej we wniosku, a nie daty faktycznego zgłoszenia wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym decyduje kwestia czy zgłoszenie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego następuje wraz ze zgłoszeniem do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych. Tylko w przypadku, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych następuje po raz pierwszy po rozpoczęciu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej możliwym jest przyjęcie wcześniejszej daty objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym i wówczas data zgłoszenia takiego wniosku nie ma decydującego znaczenia (przy założeniu, że zgłoszenie wniosku następuje w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia emerytalnego i rentowych). W analizowanej sprawie nie ulegało wątpliwości, że ubezpieczona prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą od 2006 roku i wówczas nastąpiło po raz pierwszy objęcie jej z tego tytułu obowiązkowymi ubezpieczeniami społecznymi. Złożenie przez ubezpieczoną wniosku o objęcie ubezpieczeniem chorobowym w dniu 3 sierpnia 2015 roku spowodowało objęcie jej tym ubezpieczeniem od 3 sierpnia 2015 roku, a nie od 1 sierpnia 2015 roku.

Nie jest trafny argument skarżącej, że objęcie ubezpieczonej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym nastąpiło w sposób dorozumiany przez opłacenie składki na ubezpieczenia społeczne za cały miesiąc.

Sąd Okręgowy podziela stanowisko zaprezentowane przez Sąd I instancji, że warunkiem objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym jest złożenie odpowiedniego wniosku.

Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych nie definiuje pojęcia „wniosek”, jak również formy, w jakiej winien być złożony. Natomiast wykładnia językowa art.11 ust.2 oraz art.14 ust.1 i 1a tej ustawy jednoznacznie wskazuje na konieczność złożenia przez ubezpieczonego odpowiedniego wniosku jako warunku objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. W uzasadnieniu wyroku z dnia 29 marca 2012 roku (I UK 339/11, Lex nr 1289188) Sąd Najwyższy podkreślił, że 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). Przystąpienie do ubezpieczenia społecznego nie jest czynnością prawną prawa cywilnego, do której można stosować 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 ubezpieczonego składek na to ubezpieczenie oraz przyjmowanie tych składek przez organ rentowy (tak też, w odniesieniu do ubezpieczenia społecznego rolników Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 22 lipca 2009 roku, I UK 70/09, Lex nr 529763). Z kolei w wyroku z dnia 28 listopada 2002 roku (II UK 93/02, Lex nr 577471) Sąd Najwyższy wyraził pogląd, iż 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. Nadto w wyroku z dnia 8 sierpnia 2001 roku (II UKN 518/00, Lex nr 49201) w stanie faktycznym, w którym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonego ustało z mocy prawa wskutek niedotrzymania ustawowego terminu zapłaty należnych składek na ten rodzaj ubezpieczenia, Sąd Najwyższy przyjął, iż ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym wymaga złożenia w tym zakresie ponownego wniosku przez zainteresowanego.

Reasumując ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym wymaga złożenia nowego wniosku przez ubezpieczonego. Samo opłacanie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, po ustaniu tego ubezpieczenia nie powoduje dalszego trwania ochrony ubezpieczeniowej. Wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym musi być wyraźny, jednoznaczny, nie jest wystarczające samo opłacenie składek przez zainteresowanego i przyjmowanie tych składek przez organ rentowy.

Wobec powyższego Sąd Okręgowy na podstawie art.385 k.p.c. oddalił apelację w pozostałej części, jako bezzasadną.