

Sygn. akt VII Ua 46/16

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 października 2016 r.

Sąd Okręgowy Warszawa - Praga w Warszawie VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący: SSO Włodzimierz Czechowicz

Sędziowie: SO Lucyna Łaciak

SO Zbigniew Szczuka (spr.)

Protokolant: st.sekr.sądowy Monika Olszewska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 18 października 2016 r. w Warszawie

sprawy K. P.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w P.

o zasiłek chorobowy

na skutek apelacji wniesionej przez wnioskodawczynię

od wyroku Sądu Rejonowego dla Warszawy Pragi-Północ w Warszawie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 7 marca 2016 roku sygn. akt VI U 301/15

1. oddala apelację,

2. zasądza od odwołującej K. P. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w P. kwotę 180 zł (sto osiemdziesiąt złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego za instancję odwoławczą.

SSO Lucyna Łaciak SSO Włodzimierz Czechowicz SSO Zbigniew Szczuka

UZASADNIENIE

W dniu 7 marca 2016 roku Sąd Rejonowy dla Warszawy Pragi-Północ, VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, po rozpoznaniu sprawy K. P. przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w P., o zasiłek chorobowy na skutek odwołań K. P. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w P. z dnia 21 maja 2015 roku nr (...); z dnia 11 czerwca 2015 roku nr sprawy (...); z dnia 23 czerwca 2015 roku nr (...); z dnia 29 czerwca 2015 roku nr (...); z dnia 29 lipca 2015 roku nr (...); z dnia 7 sierpnia 2015 roku nr (...) oddalił odwołania.

Podstawę rozstrzygnięcia Sądu Rejonowego stanowiły następujące ustalenia,

Odwołująca K. P. z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej zgłosiła się do ubezpieczeń społecznych od dnia 12 czerwca 2009 roku z najniższą podstawą wymiaru składki wynoszącą 30% minimalnego wynagrodzenia. W 2010 roku, będąc w pierwszej ciąży zgłosiła się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 1 maja 2010 roku.

Odwołująca się w związku z urodzeniem dziecka, w październiku 2014 roku wystąpiła z roszczeniem o zasiłek macierzyński. Odwołująca się pobierała zasiłek macierzyński w okresie od 7 kwietnia 2014 roku do 6 kwietnia

2015 roku. W trakcie pobierania zasiłku macierzyńskiego księgowa odwołującej się wysyłała do organu rentowego comiesięczne deklaracje o podleganiu ubezpieczeniom społecznym, z których wynikało podleganie obowiązkowemu i dobrowolnemu ubezpieczeniu społecznemu. Deklaracje nie były kwestionowane przez organ rentowy.

Od dnia 7 kwietnia 2015 roku odwołująca się była niezdolna do pracy i poprosiła księgową o złożenie do ZUS zaświadczenia lekarskiego o niezdolności do pracy. Księgowa złożyła do organu rentowego stosowne dokumenty, łącznie z drukiem (...), który jak się później okazało zaginął. E. M. ponownie przesłała do organu rentowego druk (...)

Decyzją z dnia 21 maja 2015 roku, nr (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w P. odmówił odwołującej się prawa do zasiłku chorobowego za okres od 1 kwietnia 2015 roku do 18 maja 2015 roku. Następnie decyzją z dnia 11 czerwca 2015 roku, nr (...) organ rentowy odmówił odwołującej się prawa do zasiłku chorobowego za okres od 19 maja 2015 roku do 1 czerwca 2015 roku, decyzją z dnia 23 czerwca 2015 roku, nr (...) prawa do zasiłku chorobowego za okres od 2 czerwca 2015 roku do 15 czerwca 2015 roku oraz decyzją z dnia 29 czerwca 2015 roku, nr (...) prawa do zasiłku chorobowego za okres od 16 czerwca 2015 roku do 29 czerwca 2015 roku. Następnie organ rentowy decyzją z dnia 29 lipca 2015 roku, nr (...) odmówił odwołującej się prawa do zasiłku chorobowego za okres od 30 czerwca 2015 roku do 26 lipca 2015 roku oraz decyzją z dnia 7 sierpnia 2015 roku, nr (...) prawa do zasiłku chorobowego za okres od 27 lipca 2015 roku do 31 lipca 2015 roku. W uzasadnieniu ww. decyzji organ rentowy wskazał, iż odwołująca się jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą nie zgłosiła się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego po zaprzestaniu pobierania zasiłku macierzyńskiego od 7 kwietnia 2015 roku. Po zaprzestaniu pobierania zasiłku macierzyńskiego, tj. od dnia 7 kwietnia 2015 roku odwołująca się nie dokonała zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych, w tym dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Z dniem zakończenia pobierania zasiłku macierzyńskiego organ rentowy dokonał wyrejestrowania K. P. z obowiązkowych ubezpieczeń społecznych

Powyższy stan faktyczny Sąd Rejonowy ustalił na podstawie materiału dowodowego zgromadzonego w aktach niniejszej sprawy, aktach sprawy połączonej o sygn. akt: VI U 347/15 oraz aktach rentowych. Autentyczności i treści ww. dokumentów nie kwestionowała żadna ze stron, toteż Sąd Rejonowy uznał je za pełnowartościowy materiał dowodowy w sprawie. Sąd Rejonowy ustalił stan faktyczny również na podstawie zeznań świadka – księgowej E. M. oraz odwołującej się. Zeznania świadka oraz odwołującej się nie były sprzeczne z pozostałym materiałem dowodowym zgromadzonym w sprawie, dlatego Sąd Rejonowy uznał je za wiarygodne. Sąd Rejonowy jednocześnie podkreślił, iż stan faktyczny był między stronami w zasadzie bezsporny, a spór dotyczył wyłącznie prawa, tj. tego czy odwołująca się była od dnia 7 kwietnia 2015 roku objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Sąd Rejonowy zważył, iż odwołanie ubezpieczonej K. P. nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd Rejonowy podkreślił, iż kwestię uprawnień do zasiłku chorobowego reguluje ustawa z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2010 r. nr 77, poz. 512 ze zm.) zwana dalej ustawą zasiłkową. Zasiłek chorobowy, zgodnie z art. 6 ust. 1 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, dalej: ustawa zasiłkowa), przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego. Okres trwania ubezpieczenia chorobowego to czas, w którym ubezpieczony ma obowiązek opłacania składki lub czas zwolnienia z obowiązku płacenia składki (vide uchwała Sądu Najwyższego z dnia 12 czerwca 2002 roku, sygn. akt: III UZP 4/02, LEX nr 53708).

W dalszej kolejności Sąd Rejonowy poddał analizie dotychczasowy przebieg podlegania przez odwołującą się K. P. ubezpieczeniom społecznym. Sąd Rejonowy wskazał, że zagadnienie to reguluje ustawa z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych. Sąd Rejonowy przytoczył treść art. 6 ust. 1 w/w ustawy, zgodnie z którym obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym podlegają osoby fizyczne, które na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej m.in. są: 5) osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność oraz osobami z nimi współpracującymi; 19) osobami przebywającymi na urloпах wychowawczych lub pobierającymi zasiłek macierzyński albo zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego.

W związku z powyższym Sąd Rejonowy wskazał, że odwołująca się nieprzerwanie podlegała obowiązkowo ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu zarówno w okresie prowadzenia pozarolniczej działalności jak i w trakcie pobierania zasiłku macierzyńskiego. Bowiem okres pobierania zasiłku macierzyńskiego dla osoby prowadzącej pozarolniczą działalność nie stanowi przerwy w podleganiu ubezpieczeniu społecznym, ale w takiej sytuacji tytuł do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych stanowi pobieranie zasiłku macierzyńskiego, a nie prowadzenie działalności. Powyższe zdaniem Sądu Rejonowego wynika z faktu, iż zgodnie z art. 9 ust. 1c u.s.u.s., osoby, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8 i 10, czyli jak w realiach niniejszej sprawy odwołująca się, spełniające jednocześnie warunki do objęcia ich obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego, podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego. Wprawdzie osoby te mogą dobrowolnie, na swój wniosek, być objęte ubezpieczeniami emerytalnym i rentowym także z pozostałych, wszystkich lub wybranych, tytułów, ale w niniejszej sprawie nie mamy do czynienia z taką sytuacją.

W ocenie Sądu Rejonowego zmiana podstawy objęcia obowiązkowym ubezpieczeniem, która nastąpiła od 7 kwietnia 2014 roku, miała także wpływ na podleganie przez K. P. ubezpieczeniu chorobowemu. Ubezpieczenie to w przypadku osoby prowadzącej pozarolniczą działalność (art. 6 ust. 1 pkt 5), jest dobrowolne i podlega się mu wyłącznie na swój wniosek, o czym stanowi art. 11 ust. 2 w/w ustawy. Jednocześnie Sąd Rejonowy podkreślił, że przepis ten ogranicza krąg osób, które mogą mu podlegać na wniosek, do tych określonych w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8 i 10. Tym samym nie może mu podlegać osoba wymieniona w art. 6 ust. 1 pkt 19, czyli pobierająca zasiłek macierzyński. Innymi słowy, osoba prowadząca pozarolniczą działalność w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, gdyż tym ubezpieczeniem przedsiębiorca może być objęty tylko wówczas, gdy podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym (art. 11 ust. 2 u.s.u.s.).

Zdaniem Sądu Rejonowego skoro od 7 kwietnia 2014 roku wygasł w stosunku do odwołującej się tytuł do ubezpieczeń społecznych, podlegała ona wyrejestrowaniu z tych ubezpieczeń (art. 36 ust. 1 u.s.u.s.). Zgłoszenie wyrejestrowania płatnik składek dokonuje przekazując do ZUS odpowiednio wypełniony formularz (...), w terminie 7 dni od daty zaistnienia tego faktu (art. 36 ust. 11 u.s.u.s.). Od tej samej daty podlegała ona zgłoszeniu do ubezpieczeń społecznych już jako osoba pobierająca zasiłek macierzyński, także objęta obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi (art. 36 ust. 1), którego to zgłoszenia dokonuje się poprzez wykazanie ubezpieczonego w imiennym raporcie miesięcznym (art. 36 ust. 9a). Po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego, odwołująca się podlegała obowiązkowym ubezpieczeniom ponownie jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność. W związku z powyższym powinna wyrejestrować się z ubezpieczeń z dniem 7 kwietnia 2014 r., z jednoczesnym zgłoszeniem do ubezpieczeń, którym aktualnie podlegała, przy pomocy formularza (...). Art. 36 ust. 14 stanowi bowiem, że 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.

W ocenie Sądu I instancji odwołująca nie dokonała wyrejestrowania z obowiązkowych ubezpieczeń a także zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia w ostatnim dniu pobierania zasiłku macierzyńskiego. Zakład Ubezpieczeń Społecznych dokonał wyrejestrowania K. P. z obowiązkowych ubezpieczeń społecznych z dniem zakończenia pobierania zasiłku macierzyńskiego, tj. 7 kwietnia 2015 roku. Zgodnie z art. 48b u.s.u.s. zakład może sporządzać z urzędu zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych, zgłoszenia wyrejestrowania ubezpieczonego z ubezpieczeń społecznych, imienne raporty miesięczne, zgłoszenia płatnika składek, zgłoszenia wyrejestrowania płatnika składek, deklaracje rozliczeniowe oraz dokumenty korygujące te dokumenty, zwane dalej „dokumentami związanymi z ubezpieczeniami społecznymi określonymi w ustawie”. Jak wskazał Sąd Okręgowy w Nowym Sączu w wyroku z dnia 17 września 2013 roku, IV U 812/13, LEX nr 1716634, pomimo tego, iż ZUS posiada instrument pozwalający mu na zgłoszenie danej osoby do ubezpieczenia z urzędu, to jednak obowiązek taki ciąży na płatniku (art. 36 ust. 2 ustawy systemowej). Oznacza to, iż ZUS nie powinien przejmować od płatników składek zadań, które powinni realizować sami płatnicy. „Wyręczanie” płatników składek w wypełnianiu przez nich ustawowych obowiązków, nałożonych przepisami

prawa ubezpieczeń społecznych, nie jest zatem prawidłowe i na pewno nie służy dyscyplinowaniu płatników w rzetelnym wykonywaniu zadań w zakresie ubezpieczeń społecznych. Oceniając omawianą regulację należy zaznaczyć, iż stosowanie ww. przepisu winno być ograniczone tylko do tych przypadków, gdzie ZUS – przy wykorzystaniu innych dostępnych środków prawnych – nie może rzeczywiście wymusić na płatniku składki przedłożenia odpowiednich dokumentów ubezpieczeniowych.

W odniesieniu do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, Sąd Rejonowy wskazał, że sytuacja w jakiej znalazła się odwołująca oznaczała, że w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego, z mocy prawa nie podlegała ona temu ubezpieczeniu (art. 14 st. 2 pkt 3 u.s.u.s.), w związku z czym, po zmianie podstawy objęcia obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnymi i rentowymi, powinna była złożyć wniosek o objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym. Stosownie do treści art. 14 ust. 1 u.s.u.s, 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. Ust. 1a wskazanego artykułu z kolei stanowi, iż 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 (7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia). Odwołująca się jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, będąca płatnikiem składek, obowiązana była dokonać stosownego zgłoszenia zgodnie z dyspozycją art. 36 ust. 3 u.s.u.s. W przedmiotowej sprawie z dniem zakończenia pobierania zasiłku macierzyńskiego, odwołująca się zobowiązana była albo wyrejestrować się z ubezpieczeń społecznych z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, jeśli jej nie podjęła albo dokonać zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń. Mogła również dobrowolnie przystąpić do ubezpieczenia chorobowego, czego w ocenie Sądu nie uczyniła.

Sąd I instancji odnosząc się do wyjaśnień odwołującej, w których podnosiła, iż złożyła deklarację (...) i opłaciła składkę za maj 2015 roku, tym samym w sposób dorozumiany wyraziła wolę podlegania ubezpieczeniu chorobowemu, przytoczył ponownie przepis ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Zgodnie z art. 11 ust. 2 i art. 36 ust. 5 u.s.u.s. osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega bowiem ubezpieczeniu chorobowemu na zasadzie dobrowolności, a objęcie tym ubezpieczeniem realizuje się przez zgłoszenie stosownego wniosku. Sąd Rejonowy zacytował również tezy z orzecznictwa Sądu Najwyższego oraz Sądów Apelacyjnych, które w pełni podzielił. Zgodnie z zacytowanym przez Sąd Rejonowy orzecznictwem 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.

Sąd Rejonowy podkreślił, iż wykładnia językowa art. 11 ust. 2 oraz art. 14 ust. 1 i 1a u.s.u.s. wskazuje na konieczność złożenia przez ubezpieczonego odpowiedniego wniosku jako warunku objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. W każdym przypadku ustania tytułu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu społecznemu (art. 14 ust. 2 u.s.u.s.), ponowne objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami społecznymi wymaga złożenia nowego wniosku przez zainteresowanego, natomiast samo opłacanie składek na dobrowolne ubezpieczenie społeczne po ustaniu z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia nie powoduje dalszego trwania ochrony ubezpieczeniowej z wygasłego stosunku ubezpieczenia społecznego (wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 10 stycznia 2013 roku, III AUa 895/12, LEX nr 1254426).

Powyższe orzeczenie w całości zaskarżył pełnomocnik odwołującej, który wyrokowi Sądu Rejonowego zarzucił naruszenie:

przepisów prawa materialnego, tj.:

1. art. 5 k.c. poprzez naruszenie zasad współżycia społecznego polegającego na stosowaniu do skarżącej przez organ rentowy decyzji o wyrejestrowaniu jej z ubezpieczenia dopiero po 8 miesiącach od daty zakończenia przez skarżącą urlopu macierzyńskiego. Powyższe godzi w zasadę pewności prawa oraz zaufania do organów publicznych;
2. naruszenie przepisu Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie wysokości i podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne, zgłaszania do ubezpieczenia społecznego oraz rozliczania składek i świadczeń z

ubezpieczenia społecznego z dnia 29 stycznia 1990 roku i ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych z dnia 13 października 2013 roku, które mogło mieć wpływ na wynik sprawy mianowicie:

- § 33 ust. 3 w zw. z art. 83 ust 1 pkt 1 oraz art. 68 ust. 1 pkt. 1 lit. A ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez niewydanie decyzji o niepodleganiu ubezpieczeniu w sytuacji w której zaistniała konieczność wydania takiej decyzji. W ocenie pełnomocnika odwołującej niewydanie przez organ rentowy w/w decyzji powoduje, iż organ nie ma podstawy do odmowy udzielenia świadczenia chorobowego, gdyż domniemywa się pozostawanie uprawnionego w zasięgu obowiązywania ubezpieczeniem.
- art. 11 ust. 2 i art. 36 ust. 5 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych polegające na błędnej wykładni, że wyraźnym i dorozumianym sposobem złożenia wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym w ocenie Sądu nie jest złożenie deklaracji (...) i opłacenie składki za maj 2015 roku,

przepisów postępowania, mogących mieć istotny wpływ na wynik sprawy tj.:

1. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez brak wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego w szczególności pominięcie zeznań skarżącej oraz zeznań księgowej i przyjęcie, iż skarżąca nie spełnia warunków do nabycia prawa do zasiłku chorobowego,
2. błąd w ustaleniach faktycznych mogący mieć istotny wpływ na treść wydanego orzeczenia poprzez błędne określenie okresu przebywania skarżącej na zasiłku macierzyńskim i wskazanie daty od 7 kwietnia 2014 roku, w sytuacji gdy prawidłowa data to 7 października 2014 roku, co potwierdzają zgromadzone w sprawie dokumenty,
3. błąd w ustaleniach faktycznych mogący mieć istotny wpływ na treść wydanego orzeczenia poprzez błędne ustalenie daty dokonania przez ZUS wyrejestrowania skarżącej z obowiązkowych składek społecznych, bowiem moment ten określony został na dzień zakończenia pobierania zasiłku macierzyńskiego, w sytuacji gdy ZUS dokonał tego dużo później, zaś samego poinformowania skarżącej o wyrejestrowaniu dokonał po upływie około 8 miesięcy od dnia zakończenia urlopu macierzyńskiego.

W uzasadnieniu apelacji pełnomocnik skarżącej przyznał, iż skarżąca dopuściła się zaniedbania ze swojej strony w dopełnieniu formalności związanych z wyrejestrowywaniem się z ubezpieczenia i ponownym zarejestrowaniu. Jednak w ocenie pełnomocnika apelującej uwzględnić należy okoliczności natury czysto ludzkiej bowiem skarżąca była wtedy w trudnym dla siebie okresie życia niosącym szereg zmian w życiu człowieka i zawierzyła wyłącznie wiedzy i doświadczeniu księgowej. Strona skarżąca podkreśliła, iż z zeznań księgowej wynika praktyka kilkukrotnego wyrejestrowywania się i ponownego rejestrowania się do ubezpieczeń nie była dotąd obowiązkowa. Pełnomocnik skarżącej zakwestionował konsekwentność działania organu rentowego w stosunku do obywateli, równego ich traktowania względem prawa i ich obowiązków względem organu. Przykładem niekonsekwentności działań organu rentowego ma być fakt, iż skarżąca po urodzeniu pierwszego dziecka również nie dokonywała czynności, do których teraz zobowiązał ją organ rentowy, mimo to otrzymywała świadczenia, których domagała się również i teraz. Pełnomocnik skarżącej wskazała, że Sąd Rejonowy w uzasadnieniu wyroku nie odwołał się w znaczący sposób do zeznań księgowej i samej skarżącej, chociaż jej zdaniem są równie istotne.

Pełnomocnik apelującej podkreślił wystąpienie nieprawidłowości dotyczących działania organu rentowego. W ocenie pełnomocnika odwołującej kluczowym wydaje się być niezastosowanie się organu rentowego do § 33 ust. 3 Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 stycznia 1990 roku w sprawie wysokości i podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne, zgłaszania do ubezpieczenia społecznego oraz rozliczania składek i świadczeń z ubezpieczenia społecznego w zw. z art. 83 ust. 1 pkt 1 oraz art. 68 ust. 1 pkt 1 lit. a Ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych z dnia 13 października 2013 roku, który nakłada na organ rentowy obowiązek wydania decyzji o niepodleganiu ubezpieczeniu w sytuacji gdy osoba uprawniona do ubezpieczenia się nie zgłosi lub niepodleganie ubezpieczeniu wynika z okoliczności. W ocenie pełnomocnika apelującego niewydanie przez organ rentowy w/w

decyzji powoduje, iż organ nie ma podstawy do odmowy udzielenia świadczenia chorobowego, gdyż domniemywa się pozostawanie uprawnionego w zasięgu obowiązywania ubezpieczeniem.

Dodatkowo pełnomocnik odwołującego podniósł, że w zaskarżonym wyroku pojawiają się również błędy w istotnych dla toczącego się postępowania okolicznościach. Mianowicie Sąd Rejonowy błędnie określa w uzasadnieniu okres przebywania na zasiłku macierzyńskim od 7 kwietnia 2014. Prawidłowa data to 7 października 2014 roku, co potwierdzają zgromadzone w sprawie dokumenty. W ocenie pełnomocnika odwołującej błędnie również określona jest data dokonania przez ZUS wyrejestrowania skarżącej z obowiązkowych składek społecznych bowiem określa ten moment na dzień zakończenia pobierania zasiłku macierzyńskiego, a w rzeczywistości dokonał tego dużo później. Ponadto samego poinformowaniu skarżącej o wyrejestrowaniu dokonał po upływie około 8 miesięcy od dnia zakończenia urlopu macierzyńskiego. W związku z powyższym pełnomocnik skarżącej zakwestionował zasadność dokonanego wyrejestrowania, bowiem odwołująca opłacała w sposób prawidłowy składki i okazywała chęć podlegania ubezpieczeniu społecznemu i chorobowemu od początku prowadzenia działalności gospodarczej.

Organ rentowy w odpowiedzi na apelację z dnia 13 lipca 2016 roku wniósł o oddalenie w całości apelacji skarżącej.

W uzasadnieniu swojego stanowiska organ rentowy podniósł między innymi, iż Sąd Rejonowy dla Pragi-Północ prawidłowo zinterpretował i zastosował przepisy prawa oraz prawidłowo i kompleksowo ocenił zgromadzony materiał dowodowy. W ocenie organu rentowego apelacja skarżącej winna zostać oddalona.

Sąd Okręgowy Warszawa-Praga w Warszawie VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych zważył, iż apelacja skarżącej jako całkowicie bezzasadna podlega oddaleniu.

Sąd Rejonowy poczynił w niniejszej sprawie prawidłowe ustalenia faktyczne, które Sąd Okręgowy w pełni podziela i przyjmuje za własne. Dokonana zaś ocena prawna nie nasuwa zastrzeżeń co do właściwej wykładni przepisów prawa oraz ich prawidłowego zastosowania. Wobec tego zbędnym jest ich szczegółowe powtarzanie w niniejszym uzasadnieniu (vide: postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 22 kwietnia 1997 roku, wydane w sprawie o sygn. II UKN 61/97; oraz wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1998 roku, wydany w sprawie o sygn. PKN 339/98).

Sąd drugiej instancji związany jest zarzutami zawartymi w apelacji. Związanie zarzutami apelacyjnymi oznacza, że uwzględnienie apelacji możliwe jest jedynie w oparciu o zarzuty powołane przez stronę skarżącą. Zgodnie z uchwałą składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 31 stycznia 2008 r., wydanej w sprawie sygn. akt III CZP 49/07, Sąd drugiej instancji rozpoznający sprawę na skutek apelacji nie jest związany przedstawionymi w niej zarzutami dotyczącymi naruszenia prawa materialnego, wiąże go natomiast zarzuty dotyczące naruszenia prawa procesowego.

W kontekście zgłoszonych zarzutów stwierdzić należy, że spór w niniejszej sprawie sprowadzał się do wykładni przepisów prawa procesowego i prawa materialnego. Sąd Okręgowy zważył, iż zarzuty apelacyjne skarżącej koncentrowały się na kwestii prawidłowego zastosowania przez Sąd Rejonowy art. 233 k.p.c. oraz art. 11 ust. 2 i art. 36 ust. 5 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych.

Zgodnie z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 121), zwanej dalej ustawą systemową, dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają na swój wniosek osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8 i 10, a więc: osoby wykonujące pracę nakładczą; osoby wykonujące pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, oraz osoby z nimi współpracujące, osoby prowadzące pozarolniczą działalność oraz osoby z nimi współpracujące, osoby wykonujące odpłatnie pracę, na podstawie skierowania do pracy, w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania i duchowni.

W świetle art. 14 ust. 2 pkt 3 ustawy systemowej dobrowolne ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe ustają od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom.

W przypadku wnioskodawczyni, datę ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego wyznacza data początkowa pobierania zasiłku macierzyńskiego tj. 7 października 2014 rok. Z brzmienia przepisu 11 ust. 2 ustawy systemowej wynika bowiem, że nie stanowi on podstawy do objęcia dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego.

Z art. 9 ust. 1c ustawy systemowej wynika, że osoby prowadzące działalność gospodarczą, spełniające jednocześnie warunki do objęcia ich obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego, podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego. Mogą one jednak dobrowolnie, na swój wniosek, być objęte ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi także z pozostałych, wszystkich lub wybranych, tytułów.

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 art. 14 ust. 1a ustawy systemowej 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, a więc w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia.

Ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą po ustaniu tytułu podlegania temu ubezpieczeniu, wymaga zgłoszenia pisemnego wniosku przez ubezpieczonego, co wynika z art. 11 ust. 1 oraz art. 14 ust. 1 i 1a ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych i co znajduje potwierdzenie również w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 29 marca 2012 roku, sygn. I UK 339/11.

Sąd Rejonowy słusznie przyjął, że skarżaca dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym po zakończeniu okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego mogła zostać objęta dopiero od dnia 7 kwietnia 2015 roku. Chcąc uzyskać objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym od dnia 7 kwietnia 2015 roku, czyli od dnia następnego po dniu pobierania zasiłku macierzyńskiego, odwołująca powinna była złożyć do organu rentowego stosowny wniosek w terminie 7 dni od daty wyczerpania zasiłku macierzyńskiego. Nie ulega wątpliwości, co też zostało prawidłowo ustalone przez Sąd pierwszej instancji, że wnioskodawczyni w tym terminie wniosku nie złożyła. Zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych obowiązkowych i do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego wnioskodawczyni dokonała po upływie ustawowego terminu.

Sąd Okręgowy podkreśla, iż bez wpływu na zaskarżone rozstrzygnięcie, pozostaje stanowisko skarżącej, w którym powołuje się na rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie wysokości i podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne, zgłaszania do ubezpieczenia społecznego oraz rozliczania składek i świadczeń z ubezpieczenia społecznego z dnia 29 stycznia 1990 roku. Należy wskazać, iż wskazany przez pełnomocnika odwołującej akt prawny obowiązywał w okresie od 29 stycznia 1990 roku do 31 grudnia 1998 roku i został uchylony przez ustawę o systemie ubezpieczeń społecznych z dnia 13 października 1998 roku (Dz.U. Nr 137, poz. 887). W związku z powyższym przywołane przez apelującą przepisy nie znajdują zastosowania w przedmiotowej sprawie, gdyż zostały uchylone jeszcze zanim odwołująca rozpoczęła prowadzenie działalności gospodarczej.

Zgodnie z art. 233 § 1 k.p.c. sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów, według własnego przekonania na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Z kolei w myśl art. 328 § 2 k.p.c. uzasadnienie wyroku powinno zawierać wskazanie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia, a mianowicie: ustalenie faktów, które sąd uznał za udowodnione, dowodów, na których się oparł, i przyczyn, dla których innym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej, oraz wyjaśnienie podstawy wyroku z przytoczeniem przepisów prawa.

W pierwszej kolejności należy podnieść, iż skuteczne postawienie zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c, dotyczącego zasad oceny dowodów, wymaga wykazania, że ocena ta dokonana została w sposób rażąco wadliwy lub oczywiście błędny, uchybiający zasadom logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego. Nie może ono natomiast ograniczać się do zaprezentowania własnego przekonania o innej wadze i wiarygodności przeprowadzonych dowodów, czy też przedstawienia własnej wersji stanu faktycznego sprawy (vide: orzeczenia Sądu Najwyższego: z dnia 6 listopada 1998 r., II CKN 4/98, niepubl.; z dnia 5 sierpnia 1999 roku, II UKN 76/99, z dnia 14 stycznia 2000 roku, I CKN 1169/99, z dnia 10 kwietnia 2000 roku, V CKN 17/00), a ponadto jeżeli z materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dawały się wysnuć wnioski odmienne. Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo - skutkowych, to przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 września 2002 roku sygn. II CKN 817/00).

W świetle cytowanego orzecznictwa Sądu Najwyższego, Sąd Okręgowy zważył, iż dopuszczenie się obrazy art. 233 §1 k.p.c. przez Sąd może polegać albo na przekroczeniu granic swobody oceny wyznaczonej logiką, doświadczeniem życiowym, zasadami nauki albo na niedokonaniu przez sąd wszechstronnego rozważania sprawy, polegające na wyciągnięciu logicznych wniosków i zgodne z doświadczeniem życiowym, jednakże w oparciu jedynie o część materiału dowodowego i pominięciu pozostałej części materiału dowodowego.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy Sąd Okręgowy uznał, iż wbrew stanowisku skarżącej, Sąd Rejonowy nie dopuścił się obrazy art. 233 § 1 k.p.c, bowiem całościowo przeanalizował materiał dowodowy. Sąd Okręgowy nie podzielił stanowiska procesowego, w którym skarżąca zarzuciła Sądowi I instancji naruszenia art. 233 kodeksu postępowania cywilnego poprzez pominięcie w szczególności zeznań skarżącej oraz zeznań księgowej i przyjęcie, iż skarżąca nie spełnia warunków do nabycia prawa do zasiłku chorobowego. W ocenie skarżącej Sąd Rejonowy winien był wziąć pod uwagę zeznania skarżącej oraz jej księgowej w kontekście ich obserwacji dotyczących niekonsekwentnej praktyki stosowanej przez organ rentowy przy przyznawaniu świadczeń. Sąd Okręgowy nie kwestionuje, że obserwacje księgowej skarżącej dotyczące praktyki organu rentowego są trafne, jednak powyższe nie ma nic wspólnego z obowiązującymi przepisami prawa. Skarżąca jak i jej księgowa powinny podejmować działania przed organem rentowym zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Mając na uwadze powyższe Sąd Okręgowy uznał, iż podniesiony przez skarżącą zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. jest całkowicie bezzasadny i jako taki nie może skutkować zmianą wyroku Sądu Rejonowego. Sąd Okręgowy podkreśla, iż Sąd Rejonowy dokonał wnikliwej oceny materiału dowodowego zgromadzonego w toku postępowania. W uzasadnieniu wyroku, Sąd Rejonowy szczegółowo wykazał, którym dowodom dał wiarę, przedstawiając logiczną analizę całego materiału dowodowego, w tym zeznań świadków. Sąd Rejonowy, dokonał prawidłowej i pełnej oceny materiału dowodowego, na podstawie, której słusznie uznał, że odwołującej się nie przysługuje zasiłek chorobowy za okresy wskazane w sentencji wyroku. Sąd Okręgowy podziela również stanowisko Sądu Rejonowego w zakresie w jakim Sąd Rejonowy przyjął, iż stan faktyczny w sprawie nie był sporny.

Nie można było podzielić koncepcji skarżącej, iż do objęcia jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym doszło w sposób dorozumiany poprzez opłacenie składki. Zgodzić się należy ze stanowiskiem wyrażonym w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 9 lipca 2015 roku, sygn. I UK 376/14, iż dokument o objęciu dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym musi być czytelny, wyraźny i niebudzący żadnych wątpliwości i powinien być złożony na piśmie. Brak jest zatem podstaw do przyjęcia dorozumianego oświadczenia zainteresowanego i objęcie go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Podkreślić także należy, że wbrew zarzutom i twierdzeniom apelacji, zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Sądu Najwyższego, w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych, art. 5 k.c. (nie można czynić ze swego prawa użytku, który by był sprzeczny ze społeczno-gospodarczym przeznaczeniem tego prawa lub z zasadami współzycia

społecznego. Takie działanie lub zaniechanie uprawnionego nie jest uważane za wykonywanie prawa i nie korzysta z ochrony) - nie ma zastosowania, zaś materialnoprawną podstawą świadczeń emerytalno-rentowych mogą być tylko przepisy prawa, a nie zasady współżycia społecznego (por. orzeczenia Sądu Najwyższego: wyrok z 29 października 1997 roku, II UKN 311/97, OSNP 1998, Nr 15, poz. 465; wyrok z 26 maja 1999 roku, II UKN 669/98, OSNP 2000, Nr 15, poz. 597 - notka; wyrok z 12 stycznia 2000 roku, II UKN 293/99, OSNP 2001, Nr 9, poz. 321). Do złagodzenia rygorów prawa ubezpieczeń społecznych nie stosuje się ani art. 5 k.c., ani art. 8 k.p. Przepisy z zakresu prawa ubezpieczeń społecznych mają charakter bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa publicznego nie mogą być modyfikowane lub zastępowane przez zasady współżycia społecznego.

Rygoryzm prawa publicznego nie może być łagodzony konstrukcją nadużycia prawa podmiotowego, przewidzianą w art. 5 k.c. lub art. 8 k.p. (vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 kwietnia 2008 roku, I UK 294/07, LEX nr 465971). Dodatkowo należy podkreślić, iż ugruntowane jest wspomniane stanowisko judykatury, iż samo faktyczne opłacanie składek na ubezpieczenie społeczne nie jest wystarczające do objęcia tym ubezpieczeniem (wyroki Sądu Najwyższego z dni: 22 lipca 2009 r., I UK 70/09, 28 listopada 2002 roku, II UK 93/02, z dnia 26 listopada 2014 roku, II UK 56/14).

Do stosunków ubezpieczenia społecznego - jako stosunków regulowanych prawem publicznym - nie ma zastosowania także 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). Natomiast 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.

Sąd Okręgowy mając na uwadze powyższe nie podzielił żadnego argumentu apelacji, gdyż ustalenia Sądu I instancji, a także dokonana subsumcja przepisów prawa były w pełni prawidłowe. Apelacja pełnomocnika skarżącej stanowi jedynie polemikę z trafnym rozstrzygnięciem Sądu Rejonowego.

Rozpoznając całokształt sprawy Sąd II instancji doszedł do przekonania, że w toku postępowania przed Sądem I Instancji nie doszło do nieważności postępowania, a Sąd Rejonowy rozpoznał istotę sprawy (art. 386 § 2 i 4 k.p.c.). Sąd I instancji rozpoznając sprawę przeprowadził postępowanie dowodowe i w oparciu o zgromadzony materiał dowodowy ustalił prawidłowo stan faktyczny. Ustalenia Sądu Rejonowego pod względem reguł logicznego myślenia, wnioskowania, dokonane zostały w sposób jasny i wynikający z przeprowadzonych dowodów. Sąd Okręgowy przyjął ustalenia Sądu Rejonowego za własne. Nie ma zatem podstaw do uchylenia wyroku, bowiem nie zachodzą przesłanki z art. 386 § 4 k.p.c.

Z powyższych względów Sąd Okręgowy nie znajdując podstaw do uwzględnienia apelacji pełnomocnika skarżącej na mocy art. 385 k.p.c. orzekł jak w sentencji wyroku.

O kosztach postępowania Sąd II instancji orzekł jak w pkt. 2 wyroku na podstawie art. 108 k.p.c. stosując w tym względzie zasadę finansowej odpowiedzialności za wynik sprawy, zawartą w art. 98 k.p.c. oraz w oparciu o dyspozycję § 10 ust. 1 pkt. 1 w zw. z § 9 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności radców prawnych z dnia 22 października 2015 roku (Dz.U. z 2015 r. poz. 1804).

SSO Lucyna Łaciak SSO Włodzimierz Czechowicz SSO Zbigniew Szczuka (spr.)

ZARZĄDZENIE

(...)

(...)