

Sygn. akt V Ua 16/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 15 października 2015 r.

Sąd Okręgowy – Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Legnicy

w składzie następującym:

Przewodniczący SSO Jacek Wilga

Sędziowie: SSO Andrzej Marek (spr.),

SSR /del./ Agata Mularska - Karamon

Protokolant star. sekr. sądowy Ewa Sawiak

po rozpoznaniu w dniu 15 października 2015 r. **w Legnicy**

na rozprawie

sprawy z odwołania I. O.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w L.

o zasiłek macierzyński

na skutek apelacji ubezpieczonej

od wyroku Sądu Rejonowego w Legnicy IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 26 maja 2015 r.

sygn. akt IV U 49/15

I. oddala apelację,

II. zasądza od ubezpieczonej na rzecz organu rentowego kwotę 60 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

SSO Andrzej Marek SSO Jacek Wilga SSR /del./ Agata Mularska – Karamon

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 26 maja 2015 r. Sąd Rejonowy w Legnicy oddalił odwołanie wnioskodawczynie I. O. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w L. z dnia 18 grudnia 2014 r., znak (...), ustalającej prawo do zasiłku macierzyńskiego i przyjmującej do ustalenia podstawy wymiaru świadczenia najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za pełny miesiąc kalendarzowy ubezpieczenia, tj. kwotę 1939,45 zł.

W uzasadnieniu Sąd Rejonowy wskazał, że wobec urodzenia dziecka przez ubezpieczoną prowadzącą działalność gospodarczą w dniu 10 września 2014 r. w sytuacji, w której - ponownie, po przerwie - zgłosiła się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w dniu 2 września 2014 r., wysokość zasiłku oblicza się z zastosowaniem art. 49 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Przesłanka przyznania świadczenie zisła się bowiem w pierwszym miesiącu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu

chorobowemu, stąd dochód w wysokości zadeklarowanej przez wnioskodawczynię kwoty podstawy wymiaru powinien być zastąpiony najniższą podstawą wymiaru składek na to ubezpieczenie za pełny miesiąc kalendarzowy. Sąd wykluczył, by samo opłacenie przez wnioskodawczynię składki na dobrowolne ubezpieczenie społeczne za sierpień 2014 r., stanowiło dorozumiany i skuteczny wniosek o objęcie jej tym ubezpieczeniem od dnia 1 sierpnia 2014 r. Wskazał, że twierdzenia wnioskodawczyni o woli kontynuacji ubezpieczenia chorobowego były niewiarygodne, zwłaszcza że ubezpieczona złożyła wraz z korektą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych Oddziale w L. dokumenty ZUS ZUA i ZUS ZWUA, tj. zgłoszeniowe i jednocześnie wyrejestrowujące z ubezpieczeń z podaniem kodu 100, oznaczającym ustanie tytułu do ubezpieczeń. Nie odpowiadało to rzeczywistości stanowi rzeczy, gdyż działalność gospodarczą nie zawieszała i prowadziła nieustannie od 2012 r., lecz przeczyło woli kontynuacji ubezpieczenia dobrowolnego. Sąd uznał zatem, że objęcie wnioskodawczyni dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym nastąpiło dopiero z dniem złożenia korekty na druku ZUS KOA, a nie od daty objęcia tym ubezpieczeniem wskazanej w korekcie na 1 sierpnia 2014 r., wobec treści art. 14 ust. 1 a w.w. ustawy. Zgłoszenie to było ponowne – wcześniej wnioskodawczyni podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu do końca czerwca 2014, gdyż z dniem 1 lipca 2014 r. ubezpieczenie to ustało z mocy prawa z powodu nieopłacenia składki. To ponowne zgłoszenie do tego ubezpieczenia nie nastąpiło zatem w wyniku pierwszorazowego zgłoszenia do ubezpieczeń, o czym mowa w art. 14 ust. 1a ustawy. Sąd wykluczył też możliwość zastosowania podstawy wymiaru zasiłku z art. 49 ust. 2 w zw. z art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, gdyż przerwa między okresami dobrowolnego ubezpieczenia wynosi pełne 30 dni.

Apelację do tego orzeczenia wniosła I. O., zarzucając:

1. naruszenie przepisów prawa materialnego poprzez niewłaściwe zastosowanie art. 14 ust. 1 w zw. z ust. 1a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych - polegające na nieprawidłowym przyjęciu, iż ubezpieczona nie złożyła wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 1 sierpnia 2014 r. i nie została z tym dniem objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym w sytuacji, w której prawidłowo zastosowane prawo materialne nakazuje przyjąć, że ubezpieczona podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 01 sierpnia 2014 r.;
2. naruszenie prawa materialnego poprzez niewłaściwe zastosowanie przepisów art. 52 w zw. z art. 48, art. 36 ust. 2 oraz art. 38 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa poprzez ich niezastosowanie, polegające na nieprzyjęciu jako podstawy wymiaru zasiłku macierzyńskiego I. O. średniego przychodu za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia poprzedzające miesiąc wrzesień 2014 r., tj. miesiąc, w którym ubezpieczona urodziła dziecko, a przyjęcie jako podstawy wymiaru zasiłku najniższej podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe w wysokości 1.939,45 zł;
3. naruszenie prawa materialnego poprzez niewłaściwe zastosowanie przepisu art. 49 ust. 1 pkt. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa poprzez przyjęcie jako podstawy wymiaru zasiłku macierzyńskiego ubezpieczonej najniższej podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe w wysokości 1.939,45 zł w sytuacji, w sytuacji gdy do I. O. nie znajduje on zastosowania;
4. naruszenie prawa procesowego poprzez uchybienie przepisowi art. 233 § 1 k.p.c., wyrażające się w przekroczeniu przez Sąd Rejonowy zasady swobodnej oceny dowodów i ocenę materiału dowodowego w sposób sprzeczny z ich treścią, zasadami logiki i doświadczenia życiowego w zakresie, w jakim Sąd I Instancji ustalił, że:
 - a) ubezpieczona złożyła w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych Oddziale w L. dokumenty ZUS ZUA i ZUS ZWUA, tj. zgłoszeniowe i wyrejestrowujące z ubezpieczeń z podaniem kodu 100, oznaczającym ustanie tytułu do ubezpieczeń - podczas, gdy w piśmie z dnia 19 maja 2015 r. organ rentowy wskazał, że takie druki to tylko zapis w systemie, sporządzany przez pracowników ZUS - bez ingerencji i wniosku Ubezpieczonej;

b) wpisanie zmiany kodu ubezpieczeń i przyczyny wyrejestrowania w drukach Zakładu Ubezpieczeń Społecznych stanowiło przejaw woli Ubezpieczonej w sytuacji, w której kody te oraz szczegółowy sposób wypełnienia dokumentów wskazał pracownik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;

c) złożenie przez Ubezpieczoną druku ZUS - KOA nie stanowiło potwierdzenia woli I. O. przystąpienia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od dnia 1 sierpnia 2014 r. pomimo jednoznacznego wyrażenia przez Ubezpieczoną woli w tym zakresie - w sytuacji, w której prawidłowa ocena zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego powinna doprowadzić do wniosku, że opłacając terminowo składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc sierpień 2014 r. (do dnia 10 września 2014 r.) Ubezpieczona złożyła dorozumiany wniosek o objęcie jej ubezpieczeniem chorobowym od dnia 01 sierpnia 2014 r. i od tej daty podlegała ubezpieczeniu chorobowemu.

W uzasadnieniu apelacji skarżąca podniosła, że ustalenie w jej przypadku zasiłku macierzyńskiego w oparciu o najniższą podstawę jest wynikiem zbytniego formalizmu i niewłaściwego odczytania jej rzeczywistej woli podlegania ubezpieczeniu chorobowemu od 1 sierpnia 2014 r. wyrażonej opłaceniem składki należnej za ten okres. Na uzasadnienie swojego stanowiska w zakresie możliwości złożenia dorozumianego wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, przywołała liczne orzeczenia sądowe, w tym wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 sierpnia 2005 r., I UK 376/04.

Wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez przyjęcie do ustalenia podstawy wymiaru zasiłku macierzyńskiego podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe w wysokości odpowiadającej składce za miesiąc sierpień 2014 r. oraz o zasądzenie na jej rzecz od organu rentowego zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego przed Sądem I oraz II Instancji.

W odpowiedzi na apelację organ rentowy domagał się jej oddalenia w całości i zasądzenia na jego rzecz od skarżącej kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja wnioskodawczyni nie była zasadna.

Sąd Okręgowy aprobuje ustalenia faktyczne i ocenę prawną Sądu pierwszej instancji i przyjmuje za własne. Odnosząc się w pierwszej kolejności do zarzutu naruszenia przepisu art. 233 k.p.c., skupiający się na niewłaściwym, w ocenie skarżącej, odczytaniu przez Sąd Rejonowy rzeczywistej woli wnioskodawczyni kontynuacji dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 1 sierpnia 2014 r. na podstawie treści druków urzędowych złożonych przez nią do organu rentowego dnia 2 września 2014 r. w powiązaniu z uiszczeniem składki za miesiąc sierpień 2014 r., Sąd odwoławczy uznał go jedynie za nieuzasadnioną polemiką z prawidłowymi ustaleniami poczynionymi przez Sąd pierwszej instancji, mieszczącymi się w granicach swobodnej sędziowskiej oceny dowodów. Apelacja nie podaje bowiem żadnych przyczyn, z powodu których ustalenia faktyczne przedstawione w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku możnaby uznać za nielogiczne, czy sprzeczne z treścią zebranych dowodów.

Przede wszystkim jednak ustalenia faktyczne na okoliczność, czy istotnie wnioskodawczyni miała wolę objęcia jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym już od 1 sierpnia 2014 r. są zbędne dla rozstrzygnięcia sprawy. Istnienie takiej czy innej woli/chęci ubezpieczonego miałoby znaczenie jedynie w przypadku istnienia prawnej możliwości zgłoszenia podmiotu do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego per facta concludentia. A taka, w stanie faktycznym niniejszej sprawy w ocenie Sądu Okręgowego, nie istnieje. W tym zakresie Sąd odwoławczy w pełni podziela stanowisko wyrażone przez Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 29 marca 2012 r., I UK 339/11, zgodnie z którym w sytuacji gdy dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonego ustało z mocy prawa wskutek niedotrzymania ustawowego terminu zapłaty należnych składek na ten rodzaj ubezpieczenia (jak w przypadku skarżącej za miesiąc lipiec 2014 r.), ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym wymaga złożenia w tym zakresie ponownego wniosku przez zainteresowanego. Sąd Najwyższy w w.w. orzeczeniu, odnosząc się także do wcześniejszych

orzeczeń tego Sądu w tym zakresie, przesądził, iż wykładnia językowa art. 11 ust. 2 oraz art. 14 ust. 1 i 1a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585 ze zm.) wskazuje na konieczność złożenia przez ubezpieczonego odpowiedniego wniosku jako warunku objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Powołując się dodatkowo na publicznoprawny charakter stosunków z ubezpieczenia społecznego, wykluczający odpowiednie stosowanie m.in. art. 60 k.c., Sąd Najwyższy uznał, że w każdym przypadku ustania tytułu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu społecznemu (art. 14 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych), 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. Z tych też przyczyn Sąd Okręgowy uznał, że nie można przyjąć dorozumianego oświadczenia skarżącej o objęciu jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, gdyż brak do tego podstaw prawnych.

Dalszy spór sprowadza się zatem do ustalenia, czy wobec treści przepisów prawa materialnego zarzuczanych w apelacji podstawa wymiaru zasiłku macierzyńskiego wnioskodawczyni - która, jako osoba prowadząca działalność gospodarczą, ponownie wniosła o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym dnia 2 września 2014 r. i we wrześniu 2014 r. urodziła dziecko - może być ustalona na poziomie zadeklarowanym przez wnioskodawczynię na kwotę 9365 zł, czy też - jak to przyjął organ rentowy - na poziomie minimalnym określonym w art. 49 pkt 1 ustawy zasiłkowej.

Zaprezentowany przez Sąd Rejonowy pogląd w tym zakresie zasługuje - w ocenie Sądu Okręgowego - na aprobatę.

Przede wszystkim nietrafne jest stwierdzenie ubezpieczonej, że jej prawo do zasiłku z tytułu urodzenia dziecka w dniu (...) powstało w drugim miesiącu dobrowolnego ubezpieczenia, gdyż trwało ono od wskazanej przez nią we wniosku daty - 1 sierpnia 2014 r. Po przerwie w ubezpieczeniu chorobowym trwającej ponad 30 dni (ustało z mocy prawa z dniem 1 lipca 2014 r. - art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej), ubezpieczona zgłosiła się ponownie do tego ubezpieczenia przez złożenie wniosku w dniu 2 września 2014 r. Nowy okres ubezpieczenia dobrowolnego trwa więc w jej wypadku od dnia nowego zgłoszenia, stosownie do art. 14 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, stanowiącym o objęciu dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym, rentowymi i chorobowym nie wcześniej niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony.

Przypadająca wcześniej data 1 sierpnia 2014 r. wskazana we wniosku, nie może być uwzględniona na podstawie szczególnego przepisu art. 14 ust. 1a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Wyjątek przewidziany w art. 14 ust. 1a, na podstawie którego objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku, stosowany jest tylko wtedy, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4 tej ustawy, czyli w ciągu 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia emerytalno-rentowego. Tymczasem ubezpieczona we wniosku z dnia 2 września 2014 r. nie dokonywała równocześnie zgłoszenia do obowiązkowego ubezpieczenia emerytalnego i rentowych. Należy podkreślić, że obowiązek ubezpieczenia odwołującej się z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej powstał w dniu rozpoczęcia tej działalności w 2012 roku (art. 13 pkt 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych) i trwa nieprzerwanie, a wniosek z 2 września 2014 roku nie był związany z powstaniem obowiązku ubezpieczenia lecz z jego kontynuacją. Objęcie obowiązkowymi ubezpieczeniami społecznymi osób prowadzących działalność gospodarczą następuje ex lege i przerwanie okresu tego podlegania wynikać może z faktycznego zaprzestania jej prowadzenia, a nie z samych czynności przed organem rentowym, tj. z samego wyrejestrowania i ponownego zgłoszenia do ubezpieczeń z zastosowaniem odpowiednich ku temu symboli na formularzach urzędowych.

Wobec tego rozważyć należało jaka jest właściwa podstawa wymiaru zasiłku, w sytuacji gdy przesłanka uprawniająca do świadczeń z ustawy zasiłkowej powstała w pierwszym miesiącu kalendarzowy, objętym dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. W tej sytuacji nie znajdują zastosowanie ogólne reguły ustalania wysokości tego zasiłku (art. 48 - 52 ustawy zasiłkowej) wynikające z przyjęcia do podstawy wymiaru przychodu (w rozumieniu art. 3 pkt 4 ustawy, czyli zadeklarowanej kwoty stanowiąca podstawę wymiaru składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe

po odliczeniu kwoty określonej w tym przepisie) za okres 12 miesięcy lub przychodu osiągniętego w krótszym okresie, jeżeli przesłanka prawa do świadczeń z ubezpieczenia wypełniła się przed upływem 12 miesięcy prowadzenia działalności.

W ustawie zasiłkowej w wypadku, gdy przed powstaniem niezdolności do pracy ubezpieczenie nie trwało przez co najmniej jeden miesiąc kalendarzowy, ustanowiono inną zasadę ustalania podstawy wymiaru świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. Przewidziano zastąpienie proporcjonalnej wielkości przychodu kwotami zastępczymi - odpowiednio - w odniesieniu do zasiłku wynikającego z wykonywania zatrudnienia na podstawie umowy o pracę kwotą wynagrodzenia, które ubezpieczony pracownik osiągnąłby, gdyby pracował cały miesiąc (art. 37 ustawy zasiłkowej), a do innych ubezpieczonych, kwotami wskazanymi w art. 49 tej ustawy. Stosownie do tego przepisu, przy ustalaniu podstawy wymiaru dla ubezpieczonych nie będących pracownikami, przychód pochodzący z niepełnego miesiąca kalendarzowego, ze względu na powstanie przesłanki prawa do zasiłku macierzyńskiego przed jego upływem, zastępowany jest kwotami zastępczymi wskazanymi w art. 49 pkt 1-4 ustawy.

W art. 49 pkt 1 ustawy postanowiono, że w wypadku ubezpieczonych, dla których określono najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, podstawę wymiaru zasiłku stanowi ta najniższa podstawa wymiaru składek, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4 ustawy, czyli po potrąceniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe. Nie chodzi zatem o rzeczywisty niepełny lub uzupełniony w jakiś sposób dochód rzeczywisty, lecz o podstawę wymiaru składki ustaloną w kwocie najniższej. Dla tych ubezpieczonych tak ustalona kwota odpowiada kwocie przychodu za pełny miesiąc prowadzenia działalności gospodarczej i zastępuje kwotę zadeklarowaną.

Argumentacja taka – jako zgodna z założeniem racjonalności systemu ubezpieczeń społecznych, w którym powinna występować określona relacja pomiędzy kwotą opłacanych składek a ryzykiem ubezpieczeniowym (zasada wzajemności) i związana z tym konieczność sprawiedliwego rozłożenia kosztów wypłacanych z tego systemu świadczeń – znalazła swój wyraz w orzecznictwie Sądu Najwyższego (por. wyroku SN z dnia 6 września 2012 r., II UK 36/12 oraz wyrok SN z dnia 26 listopada 2014 r., II UK 56/14). Argumentację wskazaną w tych orzeczeniach Sąd Okręgowy w pełni podziela.

Brak było też podstaw do zastosowania wobec skarżącej podstawy wymiaru zasiłku z art. 49 ust. 2 w zw. z art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, co wyczerpująco wyjaśnił Sąd Rejonowy i argumentacja w tym zakresie nie wymaga powtórzenia.

Mając powyższe na względzie Sąd Okręgowy apelację jako nieuzasadnioną oddalił na podstawie art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono w oparciu o art. 98 k.p.c. i art. 99 k.p.c. w zw. z art. 108 i art. 391 § 1 k.p.c. oraz § 11 ust. 2 w zw. z § 12 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego z urzędu.

SSO Andrzej Marek SSO Jacek Wilga SSR /del./ Agata Mularska – Karamon