

Sygn. akt VI Ua 16/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 października 2017 r.

Sąd Okręgowy w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodnicząca:	SSO Monika Miller-Młyńska
Sędziowie:	SSO Aleksandra Mitros SSO Barbara Konieczna
Protokolant:	st. sekr. sądowy Katarzyna Herman

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 25 września 2017 roku w S.

sprawy B. A. (1)

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w S.

o zasiłek chorobowy

na skutek apelacji wniesionej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

od wyroku Sądu Rejonowego Szczecin-Centrum w Szczecinie z dnia 8 listopada 2016 roku, sygn. akt IX U 392/16

I. zmienia zaskarżony wyrok w ten sposób, że oddala odwołanie i odstępuje od obciążania B. A. (1) kosztami procesu;

II. odstępuje od obciążania B. A. (1) kosztami procesu instancji odwoławczej.

UZASADNIENIE

W toku procesu, jaki toczył się przed Sądem Rejonowym Szczecin-Centrum w Szczecinie w sprawie o sygn. akt IX U 392/16, B. A. (1) domagała się zmiany decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S. z dnia 11 maja 2016r., znak (...) - (...). Decyzją tą organ rentowy odmówił jej prawa do zasiłku chorobowego za okres nieprzerwanej niezdolności od dnia 9 lutego 2016 r., wskazując, iż po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego przestała ona podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

B. A. (1) w toku procesu podnosiła, że działalność gospodarczą prowadzi nieprzerwanie od 1 lipca 2014 r., a od 1 września 2014 r. została objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym i nie zrezygnowała z niego do chwili składania odwołania. Od 9 lutego 2015 r. do 7 lutego 2016 r. korzystała z zasiłku macierzyńskiego. Bezpośrednio po nim stała się niezdolna do pracy na skutek schorzeń na tle nerwowym. Zwróciła uwagę, że nie zawiesiła działalności gospodarczej, ani jej nie wyrejestrowywała. Jako bezpodstawne oceniła twierdzenia organu rentowego, iż z momentem rozpoczęcia lub zakończenia pobierania zasiłku macierzyńskiego ustaje ubezpieczenie z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej oraz, że zachodzi konieczność wyrejestrowania się z ubezpieczeń społecznych

i ponownej rejestracji po zakończeniu pobierania zasiłku. Ubezpieczona odwołała się ponadto do treści art. 9c ustawy systemowej, który dopuszcza możliwość objęcia osób obowiązkowo ubezpieczonych z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego, także ubezpieczeniu dobrowolnemu z pozostałych tytułów. Nadto zwróciła uwagę, że stanowisko organu pozostaje w sprzeczności z art. 29 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego na wypadek choroby i macierzyństwa, gdyż zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonej, która w czasie ubezpieczenia chorobowego albo w czasie urlopu wychowawczego urodziła dziecko. Zauważyła, że gdyby musiała wyrejestrować się z ubezpieczenia z momentem rozpoczęcia pobierania zasiłku macierzyńskiego, to nie miałaby już statusu osoby ubezpieczonej. Wreszcie, B. A. zarzuciła organowi, iż ten postępuje nierzetelnie, gdyż nie dopełnił obowiązku zawiadomienia jej o sporządzeniu z urzędu dokumentów dotyczących jej wyrejestrowania z ubezpieczenia.

Organ rentowy w toku procesu argumentował, że nie ma prawnej możliwości, aby w trakcie pobierania zasiłku macierzyńskiego przez skarżącą mogła ona jednocześnie podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej. Podkreślił, że po zakończeniu pobierania przez nią zasiłku nie nastąpiła automatyczna aktywacja dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Zwrócił uwagę, że w sytuacji pobierania zasiłku macierzyńskiego osoba zainteresowana winna złożyć zgłoszenie wyrejestrowujące z obowiązkowego ubezpieczenia społecznego z tytułu prowadzonej działalności i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w terminie 7 dni od daty zaistnienia okoliczności powodującej wygaśnięcie tytułu do ubezpieczeń. Po skończeniu pobierania zasiłku powinna natomiast dokonać ponownego zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Tymczasem zdaniem organu w przypadku B. A. jej tytuł do ubezpieczenia chorobowego wygasł z dniem zaprzestania pobierania zasiłku macierzyńskiego, zaś po tym czasie nie przystąpiła do ubezpieczeń obowiązkowych i dobrowolnych.

Wydanym w dniu 8 listopada 2016 r. **wyrokiem** Sąd Rejonowy zmienił zaskarżoną decyzję, przyznając ubezpieczonej prawo do zasiłku chorobowego za okres nieprzerwanej niezdolności do pracy od dnia 9 lutego 2016 r. (pkt I sentencji) oraz zasądził od organu rentowego na rzecz ubezpieczonej B. A. (1) kwotę 377 złotych tytułem kosztów procesu.

Sąd Rejonowy wydał ów wyrok w oparciu o następujące ustalenia faktyczne:

B. A. (1) prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą w zakresie sprzątnięcia budynków i obiektów przemysłowych. Z tego tytułu od 1 lipca 2014 r. zgłosiła się do obowiązkowego ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i wypadkowego. Natomiast od 1 października 2014 r. podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

W okresie od 9 lutego 2015 r. do 7 lutego 2016 r. ubezpieczona pobierała zasiłek macierzyński w związku z urodzeniem dziecka.

Po urodzeniu dziecka nie zawieszała prowadzenia działalności gospodarczej. Nie dokonała też wyrejestrowania z ubezpieczeń obowiązkowych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

Po wykorzystaniu zasiłku nie dokonała ponownego zgłoszenia do ubezpieczenia społecznych

Od dnia 8 lutego 2016 r. do końca tego miesiąca oraz w okresie późniejszym ubezpieczona była niezdolna do pracy. Nie opłaciła składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za m-c luty 2016 r.

Mając powyższe ustalenia na względzie sąd I instancji uznał odwołanie za uzasadnione. Jako podstawę prawną swojego rozstrzygnięcia przywołał przepisy art. 9 ust. 1c oraz art. 36 ust. 11 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (dalej jako: „ustawa systemowa”). Przypomniał także, że 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, przy czym objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia (art. 14 ust. 1 ustawy systemowej).

Zdaniem Sądu Rejonowego organ wydając zaskarżoną decyzję wyszedł z błędnego założenia, iż rozpoczęcie pobierania zasiłku macierzyńskiego przez osobę podlegającą dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej stanowi okoliczność, przez którą wygasa tytuł ubezpieczenia w rozumieniu art. 36 ust. 11 ustawy systemowej. W ocenie sądu w ustawie systemowej próżno szukać regulacji uzasadniającej takie założenie. W tym zakresie wskazał, że wedle art. 13 pkt 4 ustawy systemowej osoby fizyczne prowadzące pozarolniczą działalność podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym, chorobowemu i wypadkowemu w następujących okresach - 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. Zwrócił uwagę, że zaprzestanie wykonywania działalności gospodarczej z zasady znajduje odzwierciedlenie w ewidencji działalności gospodarczej w postaci wykreślenia danego podmiotu. Następuje to albo z woli tegoż podmiotu, albo w drodze decyzji administracyjnej. Domniemywa się, iż osoba widniejąca w ewidencji prowadzi zgłoszoną działalność. W tym kontekście Sąd Rejonowy zauważył, iż urodzenie dziecka i nabycie prawa do zasiłku macierzyńskiego nie jest równoznaczne z zaprzestaniem działalności gospodarczej skutkującym wykreśleniem z (...). Podobnie dzieje się w przypadku przerw w prowadzeniu wynikających z niezdolności do pracy na skutek choroby. Odmienny pogląd prowadziłby zdaniem sądu I instancji do wniosku, iż każda osoba decydująca się na urodzenie dziecka i skorzystanie z zasiłku macierzyńskiego rezygnuje z prowadzenia działalności, co trudno byłoby logicznie uzasadnić. Jednocześnie sąd podkreślił, że świadczenia z tytułu macierzyństwa, w tym zasiłek macierzyński, mają charakter tymczasowy. Nie muszą, i z reguły nie wiążą się z całkowitym zaniechaniem prowadzenia działalności po ich wykorzystaniu.

Dalej Sąd Rejonowy wskazał, że przepis art. 9 ust. 1c ustawy systemowej stanowi wyłącznie normę zbiegową, wskazującą jaki tytuł ubezpieczenia należy przyjąć w sytuacji zaistnienia kolizji między nimi. Określa zatem wyłącznie, który z nich ma pierwszeństwo. Nie jest to jego zdaniem tożsame z ustaniem pozostałych tytułów, zwłaszcza, iż w dalszej części tego przepisu przewidziano możliwość dobrowolnego objęcia ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi także z pozostałych, wszystkich lub wybranych, tytułów. Świadczy to zdaniem sądu o tym, iż owe pozostałe tytuły, w tym prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej, nadal istnieją, lecz ustąpiły miejsca ubezpieczeniu z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego.

W konsekwencji tych rozważań Sąd Rejonowy przyjął, iż po wykorzystaniu zasiłku macierzyńskiego przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą wyeliminowany zostaje stan kolizji między tytułami ubezpieczeń, a stąd podstawowym tytułem podlegania ubezpieczeniom ponownie staje się prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej.

Za nieuzasadnione uznał jednocześnie sąd wymaganie od takiej osoby dokonywania ponownego zgłoszenia do ubezpieczeń, skoro uczyniła to wcześniej, a wyłącznie na czas pobierania zasiłku podlegała ubezpieczeniu tylko z tego tytułu, skoro ustawodawca nie oczekuje tego nawet w przypadku wznowienia zawieszony działalności gospodarczej (w tym zakresie sąd odwołał się do treści przepisu art. 36a ust. 4 ustawy systemowej).

Tym samym zdaniem sądu osoba podlegająca dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej po wykorzystaniu zasiłku macierzyńskiego nadal podlega ubezpieczeniu z pierwotnego tytułu, bez jakichkolwiek przerw w stażu ubezpieczeniowym, o ile terminowo opłaca pełne składki.

Sąd Rejonowy odwołał się także do treści przepisów art. 4 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zwracając uwagę, że uzależniają one nabycie prawa do zasiłku chorobowego od pozostawania przez wymagany czas nieprzerwanie w ubezpieczeniu chorobowym. W tym zaś kontekście przyjęcie poglądu przedstawionego przez organ w zaskarżonej decyzji prowadziłoby zdaniem sądu I instancji do tego, iż rodzic po wykorzystaniu urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, albo urlopu rodzicielskiego, musiałby ponownie zgłosić się do ubezpieczenia chorobowego. W dalszej konsekwencji, z uwagi na treść art. 4 ust. 1 ustawy zasiłkowej, byłby pozbawiony możliwości uzyskania zasiłku chorobowego aż do zakończenia okresu wyczekiwania, czyli przez 30 lub 90 dni. Ustawa zasiłkowa w art. 4 ust. 2 nie przewiduje bowiem w/w urlopów jako okresów nie powodujących przerwania okresu ubezpieczenia.

Sąd wskazał, że sytuację taką trudno jest uznać za prawidłową, zwłaszcza w świetle tego, że zmiana pierwszeństwa tytułu ubezpieczenia chorobowego w postaci zatrudnienia czy działalności gospodarczej wynika z nabycia uprawnień związanych z rodzicielstwem, a nie z decyzji samych ubezpieczonych.

Sąd odwołał się też do założenia o racjonalności ustawodawcy, wyjaśniając, że w jego świetle nie sposób jest przyjąć, by kreując politykę prorodzinną i szeroki wachlarz uprawnień związanych z rodzicielstwem, zmierzał do pogarszania sytuacji prawnej rodzica względem osób, które takiego statusu nie mają. Niewątpliwie pozbawienie rodzica zasiłku chorobowego bezpośrednio po wykorzystaniu urlopu macierzyńskiego tylko dlatego, że z niego skorzystał, byłoby nieuzasadnioną sankcją godzącą w byt jego oraz jego dziecka.

Kierując się powyższymi względami sąd I instancji uznał, iż B. A. (1) nadal podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, a stąd przysługiwało jej prawo do zasiłku chorobowego za okres od 9 lutego 2016 r.

Apelację od powyższego wyroku wniósł organ rentowy, zaskarżając wyrok w całości.

Wyrokowi zarzucił obrazę przepisów prawa materialnego, tj.:

- art. 6 ust. 1 w związku z art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U z 2016 r. poz. 372) - poprzez jego zastosowanie i uznanie, iż ubezpieczona podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, co warunkowało jej przyznanie prawa do zasiłku chorobowego od 9.02.2016 r.;

- art. 13 pkt 13 w związku z art. 14 ust. 1, ust. 2 pkt 1 oraz 3 w związku z art. 36 ust. 4, ust. 11 oraz ust. 14 ustawy z dnia 13 października 1999 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 963 ze zm.) - poprzez jego niezastosowanie i uznanie, iż w przypadku ubezpieczonej miała miejsce automatyczna aktywacja dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego po zaprzestaniu pobierania zasiłku macierzyńskiego oraz, iż nie była ona zobowiązana do wyrejestrowania się z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego i ponownego do niego zgłoszenia po wykorzystaniu zasiłku macierzyńskiego.

Z uwagi na powyższe pełnomocnik organu rentowego wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie odwołania, ewentualnie uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania sądowi I instancji, a nadto zasądzenie od skarżącej na rzecz organu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu apelacji podtrzymano dotychczasowe stanowisko organu, że ubezpieczona z momentem rozpoczęcia pobierania zasiłku macierzyńskiego przestała podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Przypomniano, że skarżąca prowadziła działalność gospodarczą i była zgłoszona do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowemu z tego tytułu, po czym - z uwagi na fakt, iż zaczęła pobierać zasiłek macierzyński - zgodnie z art. 13 pkt 13 zaczęła podlegać ubezpieczeniu chorobowemu obowiązkowo z tytułu pobierania zasiłku, a nie dobrowolnie z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej. Organ podkreślił, że w tym momencie nastąpiło ustanie tytułu jej dobrowolnego ubezpieczenia (art. 14 ust. 2 pkt 3). Wyjaśnił zarazem, że ustanie tytułu podlegania ubezpieczeniom, o jakim mowa w art. 14 ust. 2 pkt 3 ustawy systemowej, nie może być rozumiane wyłącznie (jak chce tego sąd I instancji) jako zakończenie danej aktywności zarobkowej (np. wyrejestrowanie działalności pozarolniczej). Takie przyjęcie oznaczałoby, iż ustawodawca w ogóle nie przewidział możliwości ustania ubezpieczenia w sytuacji, gdy choć tytuł ubezpieczeń społecznych formalnie istnieje, nie daje podstawy do objęcia ubezpieczeniem dobrowolnym danego rodzaju. Skoro zaś ubezpieczenie chorobowe ustało, koniecznym było ponowne zgłoszenie się do tego ubezpieczenia, bowiem objęcie ubezpieczeniem dobrowolnym nie może być dorozumiane, a wymaga wniosku ubezpieczonego, co jednoznacznie wynika z art. 14 ust. 1 ustawy systemowej. Zauważono przy tym, że zgłoszenia takiego ubezpieczona nie dokonała w terminie 7 dni od ustania pobierania zasiłku macierzyńskiego, mimo że miała taki obowiązek wynikający z art. 36 ust. 4, 11 oraz 14 ustawy systemowej. Skoro zaś przed tym okresem dokonane było zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, obowiązkiem płatnika składek było dokonanie zmiany i zawiadomienie Zakładu, co następuje

poprzez wyrejestrowanie i ponowne zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych (po ustaniu okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego). W przeciwnym wypadku, tj. gdyby uznać, iż dobrowolne ubezpieczenie chorobowe nie ustaje w czasie pobierania zasiłku macierzyńskiego, doszłoby w ocenie organu rentowego do kuriozalnej sytuacji, w której miałyby miejsce kolizja tytułów, co jest tu niedopuszczalne, albowiem nie można równocześnie podlegać obowiązkowemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego, jak i dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. Nie można tu również mówić o jakiejś automatycznej aktywacji dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, bowiem ustawodawca nie przewiduje takiej konstrukcji. Wszelkie zmiany dotyczące podleganiu ubezpieczeniom społeczne dokonywane są poprzez albo wyrejestrowanie albo zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych. Ubezpieczona zobowiązana była zatem do wyrejestrowania się z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z uwagi na pobieranie zasiłku macierzyńskiego i podleganie obowiązkowym ubezpieczeniom chorobowym z tego tytułu, a następnie po jego zakończeniu, do dokonania ponownego zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej.

Apelujący odniósł się nadto do twierdzeń sądu I instancji jakoby w sytuacji, w której ubezpieczona ponownie przystępuje do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego, byłaby ona pozbawiona możliwości uzyskania zasiłku chorobowego, a to z uwagi na brak okresu opłacania składek przez 30 lub 90 dni wymagany przez przepis art. 4 ust. 1 ustawy zasiłkowej. Wyjaśnił, że taka sytuacja nie miałaby miejsca, bowiem pozwany przyznałby ubezpieczonej świadczenie, a to z uwagi na to, iż okres pobierania zasiłków należy traktować jak okres opłacania składek z art. 14 ust. 3 ustawy systemowej, a co za tym idzie -przy ustalaniu prawa do świadczeń należy uznawać okres pobierania zasiłku macierzyńskiego jako zrównany z okresem ubezpieczenia.

Reprezentujący ubezpieczoną pełnomocnik wniósł o oddalenie apelacji jako oczywiście bezzasadnej i zasądzenie od organu na rzecz ubezpieczonej kosztów procesu.

Za słuszne uznał stwierdzenie Sądu Rejonowego, że brak jest regulacji, na które powołuje się organ rentowy, a które wymagałyby stosownego wyrejestrowania z ubezpieczeń społecznych lub też ponownego zarejestrowania po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego. Przypomniwał, iż ubezpieczona nie zaprzestała prowadzenia działalności gospodarczej podczas pobierania zasiłku macierzyńskiego, a zatem również brak było konieczności dokonywania ponownej rejestracji z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. W tym zakresie zwrócił uwagę, że zgodnie z projektem ustawy zmieniającej ustawę o systemie ubezpieczeń społecznych art. 9 ust. 1 c ustawy systemowej, na który powołuje się organ rentowy, miał za zadanie zrównanie sytuacji „przedsiębiorczych matek”, które opłacały samodzielnie składki na ubezpieczenie emerytalne oraz ubezpieczenie rentowe w trakcie pobierania zasiłku macierzyńskiego. Powyżej przywoływany przepis nie wyłączył osób przebywających na zasiłku macierzyńskim z ubezpieczenia, w tym chorobowego, z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. O słusznej interpretacji powyższych przepisów przez Sąd Rejonowy świadczy zdaniem ubezpieczonej chociażby samo brzmienie art. 9 ust. 1c ustawy systemowej w połączeniu z art. 4 ust. 2 lit m, w którym jest wyraźnie wskazane, że płatnikiem składek w trakcie pobierania zasiłku macierzyńskiego jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Zdaniem ubezpieczonej ustawodawca wprowadził powyższy art. 9 ust. 1c wyłącznie po to, aby odciążyć pracujące matki od opłacania składek na ubezpieczenie emerytalne oraz rentowe w trakcie pobierania zasiłku macierzyńskiego.

Odnosząc się do zarzutów prawa materialnego wskazywanych przez organ rentowy, ubezpieczona wskazała, iż w jej ocenie sąd pierwszej instancji prawidłowo dokonał wykładni wskazywanych przez organ rentowy przepisów prawa oraz zastosował je do bezspornego stanu faktycznego.

Ubezpieczona przywołała nadto na poparcie swojego stanowiska szereg orzeczeń polskich sądów rejonowy i okręgowych, w których sądy wydały wyroki korzystne dla osób znajdujących się w sytuacji takiej jak ona.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja okazała się uzasadniona.

W obecnie obowiązującym modelu apelacji pełnej sąd drugiej instancji ma obowiązek naprawić - w granicach zaskarżenia - błędy i niedociągnięcia sądu pierwszej instancji, w tym uzupełnić w niezbędnym zakresie postępowanie dowodowe - czy to na wniosek skarżącego (wnoszącego apelację), czy to na wniosek strony przeciwnej apelującemu, czy też z urzędu. Jest przy tym związany wyłącznie zarzutami procesowymi, w tym sensie, że nie może wykraczać poza ich granice (z wyjątkiem sytuacji nieważności postępowania, która musi być brana pod uwagę z urzędu). Jeśli chodzi natomiast o zarzuty prawa materialnego, nie jest tak, że uznanie ich za niezasadne skutkuje koniecznością oddalenia apelacji. Przeciwnie, jeśli w granicach zaskarżenia sąd II instancji dostrzeże błędy w zakresie prawa materialnego, ma obowiązek je naprawić, niezależnie od tego czy dostrzegł je sam apelujący.

Taka właśnie sytuacja zaistniała w niniejszej sprawie. Apelacja organu rentowego nie uchwyciła bowiem w wyczerpujący sposób istoty zaistniałego w niniejszej sprawie problemu, a mimo to okazała się skuteczna. Dlatego też w dalszej części rozważań przedstawiony zostanie przede wszystkim prawidłowy – zdaniem Sądu Okręgowego – sposób rozumowania i wykładni mających zastosowanie przepisów; w mniejszym natomiast stopniu omówiona zostanie sama treść apelacji.

Spór w niniejszej sprawie koncentrował się w zasadzie wyłącznie wokół wykładni prawa materialnego i ustalenia czy ubezpieczona w okresie poczynając od 9 lutego 2016 roku podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, a co za tym idzie – czy przysługiwało jej prawo do zasiłku chorobowego.

Sąd Okręgowy widzi przy tym w tym miejscu potrzebę zasygnalizowania, że dostrzegł, iż poza zakresem zainteresowania tak organu rentowego, jak i sądu I instancji pozostał dzień 8 lutego 2016 roku, za który ubezpieczona także domagała się przyznania prawa do zasiłku chorobowego. Uchybienie to – wynikające z wydania przez organ w tym zakresie decyzji, która z jednej strony w sentencji orzekała o prawie do zasiłku dopiero od 9 lutego 2016 roku (a więc z pominięciem dnia 8 lutego 2016 roku), podczas gdy w uzasadnieniu odnosiła się do prawa do świadczenia za okres od 8 lutego 2016 roku – nie mogło być jednak naprawione na tym etapie postępowania.

Sąd II instancji uznał za potrzebne uzupełnienie zebranego przez Sąd Rejonowy materiału dowodowego. Ustalenia poczynione przez ten sąd okazały się być bowiem, w zakresie istotnym dla rozstrzygnięcia, niepełne. Sąd ten nie przeprowadził ponadto wnioskowanych przez B. A. (1) dowodów z przesłuchania jej oraz jej księgowej, nie wyjaśniając w tym zakresie motywów swojego postępowania. W sytuacji, w której rozważana była możliwość wydania wyroku niekorzystnego dla ubezpieczonej, Sąd Okręgowy uznał, że koniecznym będzie uprzednie przeprowadzenie tych dowodów, tak aby umożliwić ubezpieczonej pełne przedstawienie swojego stanowiska. Zgłoszone przez nią dowody zostały w tej sytuacji przeprowadzone w toku postępowania apelacyjnego; jak się jednak okazało, nie miały istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia, podobnie zresztą jak przeprowadzony z urzędu dowód z zeznań pracownicy wydziału zasiłków ZUS O/S..

Sąd Okręgowy ustalił więc następujący stan faktyczny:

B. A. (1) rozpoczęła prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej poczynając od 1 lipca 2014 roku.

W dniu 7 lipca 2014 r. zgłosiła się do z tego tytułu do ubezpieczeń społecznych, w tym do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. W tym czasie, do końca września 2014 r. B. A. była uprawniona do renty rodzinnej z ZUS. W związku z powyższym, w dniu 12 listopada 2014 r. B. A. dokonała korekty pierwotnego zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych, wyrejestrowując się w tym dniu z ubezpieczeń od 1 lipca 2014 r., a zarejestrowując się do wszystkich ubezpieczeń (w tym do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego) ze skutkiem od 1 października 2014 r.

Niesporne, a nadto dowody:

- wyjaśnienia B. A. – w wersji elektronicznej oraz protokół – k. 77v akt sądowych;

- dokument (...) P (...) k. 18 akt sądowych;
- wydruk z (...) wg stanu na 10 czerwca 2016 r. – k. 19 akt sądowych;
- wydruki dokumentów (...) k. 39-41 akt sądowych.

W deklaracjach rozliczeniowych składanych za miesiące: październik, listopad i grudzień 2014 r. B. A. zadeklarowała, że podstawa wymiaru składek na jej ubezpieczenia emerytalne i rentowe, chorobowe oraz wypadkowe wynosi 9.365 zł.

Dowody: deklaracje rozliczeniowe ZUS DRA – w pliku akt ZUS.

Poczynając od 2 stycznia 2015 roku B. A. (1) rozpoczęła korzystanie z zasiłku chorobowego. Korzystała z niego do 8 lutego 2015 r.

Zasiłek chorobowy za styczeń 2015 r. został jej wypłacony w łącznej kwocie 8.081,10 zł

Niesporne, a nadto dowód: karta zasiłkowa – w aktach ZUS.

W dniu 9 lutego 2015 r. B. A. (1) urodziła dziecko. W okresie do 7 lutego 2016 r. pobierała w związku z tym wypłacany jej przez organ rentowy zasiłek macierzyński.

W czasie korzystania z zasiłku macierzyńskiego B. A. nie dokonywała żadnych zmian w zakresie swojego zgłoszenia do ubezpieczenia społecznego. Zmian takich nie dokonywała także w jej imieniu księgowa. Ani księgowa, ani B. A. nie kontaktowały się w tym czasie z pracownikami ZUS w sprawie podlegania ubezpieczeniom społecznym przez B. A., gdyż nie widziały potrzeby uzyskiwania w tym zakresie jakichkolwiek informacji. Także żaden pracownik ZUS nie kontaktował się w tym czasie z B. A..

Niesporne.

Po zakończeniu korzystania z zasiłku macierzyńskiego B. A. złożyła w ZUS wraz z wnioskiem o wypłatę zasiłków chorobowego i opiekuńczego łącznie dziesięć, dotyczących kolejnych okresów (od 8 lutego 2016 roku do 3 czerwca 2016 roku), zaświadczeń lekarskich o niezdolności do pracy.

Niesporne, a nadto dowody:

- wydruk z (...) dotyczący wystawionych B. A. (1) zaświadczeń lekarskich – k. 17 akt sądowych;
- zaświadczenia lekarskie – w pliku akt ZUS.

W związku z faktem, iż B. A. (1) przez dłuższy okres nie miała z ZUS-u żadnej informacji co do przyznania i wypłaty zasiłku chorobowego, kilkakrotnie dzwoniła na infolinię ZUS, gdzie uzyskiwała informację, że trwa postępowanie wyjaśniające. W czasie kolejnego takiego kontaktu telefonicznego, w dniu 6 kwietnia 2016 r., dowiedziała się, że wypłata zasiłku została wstrzymana z uwagi na to, że nie dokonała przerejestrowania w ciągu 7 dni.

Następnego dnia (7 kwietnia 2016 r.) B. A. osobiście zgłosiła się w oddziale ZUS, gdzie na sali obsługi interesanta złożyła dokumenty zgłoszeniowe.

Dowód: wyjaśnienia B. A. – w wersji elektronicznej oraz protokół – k. 77v akt sądowych.

W dniu 7 kwietnia 2016 roku B. A. (1) dokonała wyrejestrowania się z ubezpieczeń społecznych z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej od dnia 9 lutego 2015 roku, określając kod przyczyny wyrejestrowania jako 600.

W tej samej dacie dokonała także wyrejestrowania się z ubezpieczeń społecznych od dnia 8 lutego 2016 r., z tym samym kodem przyczyny.

W dniu 7 kwietnia 2016 roku złożyła ponadto w ZUS dokument zgłoszeniowy (...) P (...), którym zgłosiła się do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych oraz do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej (podając kod tytułu ubezpieczenia: 05 70 0 0) od 8 lutego 2016 roku.

Dowody:

- dokumenty (...) P (...) k. 14-15 akt sądowych;
- dokument (...) P (...) k. 16 akt sądowych;
- wydruki dokumentów (...) k. 42-43.

W późniejszym okresie B. A. nie dokonywała żadnych korekt w zakresie danych wynikających ze złożonych w dniu 7 kwietnia 2016 roku dokumentów zgłoszeniowych ZUS.

Niesporne.

Według informacji zamieszczonej na Platformie Usług (...) dla Klientów ZUS w dniu 8 czerwca 2016 r. B. A. (1) była przez organ rentowy traktowana jako osoba, która jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, niemająca ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowemu, zdrowotnemu i wypadkowemu, zaś dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu. W treści widniejącej na platformie informacji „okres ubezpieczenia zgodnie ze zgłoszeniem” określono jako: „od 2016-02-08”, zaś „datę zgłoszenia do ubezpieczeń” jako: „2016-02-08”.

Dowód: wydruk z (...) z 8.06.2016 r. – k. 13 akt sądowych.

W dniu 1 lipca 2016 r. B. A. wyrejestrowała się z ubezpieczeń społecznych z kodem 0570 0 0 ze skutkiem od 1 lipca 2016 r., określając kod przyczyny wyrejestrowania jako 600. Miało to związek z upływem okresu, przez który możliwe było opłacanie preferencyjnej składki ZUS dla osób rozpoczynających działalność gospodarczą.

Dowody:

- wydruk dokumentu (...) k. 44 akt sądowych;
- zeznania świadka K. W. (1) – w wersji elektronicznej oraz protokół – k. 97v-98, a także transkrypcja k.

Następnie, z dniem 13 września 2016 r. B. A. wyrejestrowała się z ubezpieczeń społecznych z kodem 0510 0 0, określając kod przyczyny wyrejestrowania jako 600.

Dowód: wydruk dokumentu (...) k. 45 akt sądowych.

B. A. (1) zakończyła prowadzenie działalności gospodarczej jeszcze przed końcem 2016 roku.

Niesporne.

Powyższe ustalenia faktyczne, ocenione przez pryzmat mających zastosowanie przepisów prawa materialnego, nakazały Sądowi Okręgowemu uznanie zaskarżonego wyroku za błędny. Sąd Rejonowy oparł się bowiem na dowolnie przez siebie wybranych przepisach ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (dalej: ustawy systemowej), przez co z jego pola widzenia umknęła całość regulacji, które powinny mieć zastosowanie w sprawie. Poszczególne regulacje ustawy systemowej nie mogą być interpretowane w oderwaniu od pozostałych, prowadzi to bowiem do błędnej ich wykładni, co miało miejsce w niniejszej sprawie.

W pierwszej kolejności należy jednak przypomnieć, iż stosunek ubezpieczenia społecznego powstaje z mocy samego prawa, co oznacza, że na jego powstanie, ustanie oraz zmianę nie ma żadnego wpływu wola stron. O tym, że osoba

fizyczna i w jakich okolicznościach podlega (bądź nie podlega) ubezpieczeniom społecznym decyduje wyłącznie ustawa. Ponieważ publicznoprawny stosunek ubezpieczenia społecznego powstaje (istnieje) ex lege, to wydawane przez organ rentowy ewentualnie na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o s.u.s. decyzje w indywidualnej sprawie dotyczącej zgłaszania do ubezpieczeń społecznych oraz przebiegu tego ubezpieczenia, jedynie potwierdzają podleganie ubezpieczeniu, niezależnie od woli osób, których te decyzje dotyczą. Decyzje takie mają więc charakter deklaratoryjny, a nie konstytutywny. W praktyce w takiej sytuacji może się zdarzyć, że w określonym stanie faktycznym osoba fizyczna podlegała ubezpieczeniom społecznym, nie będąc tego świadomą, a z różnych przyczyn nie zostanie to potwierdzone przez organ rentowy. Z drugiej zaś strony może wystąpić sytuacja, w której organ rentowy wyda decyzję stwierdzającą istnienie obowiązku ubezpieczeń społecznych (podleganie tym ubezpieczeniom), podczas gdy w rzeczywistości taki obowiązek nie powstał.

Mając to na względzie trzeba zauważyć, że całkowicie chybione byłoby w okolicznościach wyprowadzanie jakichkolwiek, w tym również korzystnych dla B. A., wniosków z faktu, iż w niniejszej sprawie organ rentowy przez cały okres pobierania przez nią zasiłku macierzyńskiego nie podjął żadnego działania zmierzającego do zwrócenia uwagi B. A. na fakt, iż to właśnie pobieranie owego zasiłku, a nie prowadzenie działalności gospodarczej stało się jej głównym (a wręcz jedynym) tytułem ubezpieczenia. Choć niewątpliwie tego rodzaju działanie organu administracji publicznej byłoby działaniem pożądanym, to jednak żaden przepis nie nakłada nań takiego obowiązku. Z kolei przepisy art. 36 ustawy systemowej, określające w tym zakresie obowiązki związane z zarejestrowaniem do ubezpieczeń i wyrejestrowaniem z nich, mają wyłącznie charakter techniczny i zmierzają do uporządkowania dokumentacji ubezpieczeniowej, tak aby nie było wątpliwości (np. przy przyszłym ustalaniu prawa do emerytury lub zasiłków) z jakiego tytułu i z jaką podstawą wymiaru składek dana osoba w poszczególnych okresach podlegała ubezpieczeniom społecznym – tak obowiązkowym, jak i dobrowolnym. Nie można więc traktować ich jako samoistnej podstawy do wywodzenia przez strony roszczeń wobec organu rentowego. Ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego nie wynika także, aby organ rentowy (działający w jego imieniu pracownicy) wprowadził B. A. w błąd. Przeciwnie, tak z wyjaśnień ubezpieczonej, jak i zeznań przesłuchanej w charakterze świadka jej księgowej K. W. wynika, że B. A. nie kontaktowała się w ogóle z organem rentowym, w szczególności nie zasięgała tam żadnych porad dotyczących jej statusu jako osoby ubezpieczonej. Z kolei złożony do akt wydruk z Platformy Usług (...) obrazuje informacje jakie widniały tam w czerwcu 2016 roku, a więc już po złożeniu przez B. A. dokumentów zgłoszeniowych. Z dokumentu tego nie wynika więc w szczególności to jakiej treści informacja widniała tam w dacie wydania zaskarżonej decyzji i okresie bezpośrednio poprzedzającym oraz, by była to informacja wprowadzająca ubezpieczoną w błąd. Niezależnie od powyższego należy jednak zauważyć, iż dane widniejące na stronach (...) są danymi odzwierciedlającymi stan wynikający z aktualnie złożonych dokumentów zgłoszeniowych. Nie muszą to być więc dane zgodne ze stanem faktycznym – jak już wyjaśniono wyżej, stosunek ubezpieczeniowy powstaje ex lege, wobec czego treść złożonych (lub nie) dokumentów ma znaczenie wtórne.

W dalszej kolejności celowym wydaje się przypomnienie – czego w ogóle nie zrobił Sąd Rejonowy, a co słusznie wytknięto w apelacji – iż podstawowym przepisem określającym kiedy i kto ma obowiązek podlegać ubezpieczeniom społecznym jest art. 6 ustawy systemowej. Przepis ten dotyczy wprawdzie wyłącznie obowiązkowych ubezpieczeń emerytalnego i rentowych, jednak stanowi punkt wyjścia do oceny czy istnieją podstawy do podlegania ubezpieczeniom innego rodzaju oraz, czy ubezpieczenia te mają w tej sytuacji charakter obowiązkowy, czy dobrowolny. I tak, w art. 6 ust. 1 pkt 5 mowa jest o tym, że obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym podlegają osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą, natomiast w art. 6 ust. 1 pkt 19 – że ubezpieczeniu takiemu podlegają również osoby przebywające na urloпах wychowawczych lub pobierające zasiłek macierzyński albo zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego.

Gdyby poprzestać tylko na lekturze dwóch przepisów, można by dojść do wniosku, że skoro w okresie od 9 lutego 2015 roku do 7 lutego 2016 roku włącznie B. A. (1) jednocześnie prowadziła działalność gospodarczą (gdyż – jak prawidłowo ustalił sąd I instancji – nie zawiesiła, ani też nie zakończyła jej prowadzenia) oraz pobierała zasiłek macierzyński, podlegała obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym z obu tych tytułów. Takie rozumowanie nie było jednak dopuszczalne, gdyż prowadziłoby do pominięcia art. 9 ustawy systemowej, zawierającego szereg norm

kolizyjnych określających zasady postępowania w przypadku zbiegów tytułu ubezpieczenia. Polski ustawodawca, który dopuszcza możliwość podlegania przez jedną osobę ubezpieczeniom społecznym z dwóch różnych tytułów, podjął bowiem działania zmierzające w niektórych przypadkach do wyeliminowania takich sytuacji, względnie do pozostawienia w tym zakresie decyzji osobom uprawnionym.

Przepisem, który miał w tym zakresie znaczenie decydujące, był art. 9 ust. 1c ustawy systemowej, bezpodstawnie zbagatelizowany przez sąd I instancji. Stanowi on, iż „osoby, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8 i 10, 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.” W ocenie Sądu Okręgowego wynika z niego jasno zasada, że w przypadku niektórych osób ubezpieczonych (w tym osób prowadzących działalność gospodarczą, bo o nich jest mowa w art. 6 ust. 1 pkt 5), które pobierają zasiłek macierzyński, ustawodawca jako zasadę wprowadził podleganie przez nie tylko jednemu tytułowi ubezpieczenia, ustalając, że będzie nim pobieranie zasiłku macierzyńskiego, a nie prowadzenie działalności gospodarczej. Jednocześnie wprowadzono możliwość złożenia przez takie osoby wniosku o objęcie ich mimo to ubezpieczeniami także z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej – ustawodawca jednoznacznie wskazał jednak, że takie ubezpieczenie ma wówczas charakter dobrowolny, a nie obowiązkowy, jak w przypadku, gdy prowadzenie działalności jest jedynym tytułem ubezpieczenia. Oznacza to, że w okresie, w którym B. A. (1) pobierała zasiłek macierzyński, nie mogła ona w ogóle podlegać obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, gdyż ustawodawca taką możliwość wykluczył. Ta działalność mogła jedynie stanowić dodatkowy tytuł ubezpieczenia emerytalnego i rentowego, o charakterze dobrowolnym. Taki stan prawa powoduje, iż ubezpieczona w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego mogła maksymalnie podlegać obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu z tego właśnie tytułu (z tytułu pobierania zasiłku) oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. Niespornym było jednak w niniejszej sprawie (co nota bene było okolicznością niemającą istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia), że B. A. nie złożyła nigdy wniosku o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowymi w czasie pobierania zasiłku macierzyńskiego.

Powyzsze miało decydujące znaczenie przy ocenie czy faktycznie B. A. (1) w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego mogła nadal podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, a co za tym idzie, czy nie miała w związku z tym obowiązku ponownego zgłoszenia się do tego ubezpieczenia po ustaniu drugiego tytułu ubezpieczenia w postaci pobierania zasiłku macierzyńskiego. O ile bowiem ubezpieczenie emerytalne, rentowe i wypadkowe są w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą ubezpieczeniami obowiązkowymi zawsze gdy prowadzenie tej działalności stanowi jedyny tytuł ich ubezpieczenia, o tyle ubezpieczenie chorobowe ma charakter dobrowolny. Jeśli więc z dniem następnym po zaprzestaniu pobierania zasiłku macierzyńskiego (a więc od 8 lutego 2016 roku) ubezpieczenia emerytalne, rentowe i wypadkowe w związku z prowadzeniem działalności gospodarczej niejako same się „reaktywowały”, gdyż skoro są ubezpieczeniami obowiązkowymi, powstają ex lege, to w przypadku ubezpieczenia chorobowego o takiej „samoistnej reaktywacji” nie mogło być mowy. Wynika to wprost z treści mających w tym przypadku zastosowanie przepisów.

Kwestię podlegania ubezpieczeniu chorobowemu reguluje bowiem przepis art. 11 ustawy systemowej. W ustępie pierwszym stanowi on, że obowiązkowo podlegają mu tylko osoby wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 1, 3 i 12 ustawy systemowej, a więc pracownicy, członkowie rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych oraz członkowie rad nadzorczych wynagradzani z tytułu pełnienia tej funkcji. Z kolei w ustępie drugim przepis ten stanowi, że dobrowolnie mogą mu podlegać - 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 m.in. osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą. Objęcie tym ubezpieczeniem następuje w takim przypadku – stosownie do art. 14 ust. 1 ustawy systemowej – od dnia wskazanego we wniosku, jednak nie wcześniej niż od dnia jego złożenia. Należy w tym miejscu zwrócić uwagę, że ustawodawca nie przewidział możliwości objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem

chorobowym osób prowadzących działalność gospodarczą, które podlegają z tego tytułu ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym tylko dobrowolnie, nie zaś obowiązkowo. Oznacza to więc, że „z chwilą nabycia prawa do zasiłku macierzyńskiego dobrowolne ubezpieczenie chorobowe osoby prowadzącej pozarolniczą działalność ustaje i nie istnieje możliwość przystąpienia do tego ubezpieczenia ani z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego, ani z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności, ponieważ takiego uprawnienia nie przewiduje art. 11 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Przystąpienie do ubezpieczenia chorobowego staje się możliwe po wyczerpaniu zasiłku macierzyńskiego, w związku z przekształceniem się dobrowolnego ubezpieczenia emerytalnego i rentowego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności w ubezpieczenie obowiązkowe. W ten sposób wynikająca wprost z przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych obowiązkowa przerwa w ubezpieczeniu chorobowym osoby prowadzącej pozarolniczą działalność, która nabyła prawo do zasiłku macierzyńskiego, jest równa co najmniej okresowi pobierania tego zasiłku i ulega dalszemu wydłużeniu po wprowadzeniu urlopów rodzicielskich.” (tak: Sąd Najwyższy w wyroku z 7 grudnia 2016 r., sygn. akt II UK 478/15; poglądy wyrażone w tym wyroku sąd orzekający w niniejszej sprawie w pełni podziela).

Skoro więc B. A. (1), jak wyjaśniono już wyżej, z dniem rozpoczęcia pobierania zasiłku macierzyńskiego ex lege przestała podlegać obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym z tytułu równoczesnego prowadzenia działalności gospodarczej, z tym też dniem ustaliła jej dobrowolne ubezpieczenie chorobowe związane z tą działalnością. Wynika to wprost z przepisu art. 14 ust. 2 pkt 3 ustawy systemowej, stanowiącego, iż dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje od dnia ustania tytułu podlegania temu ubezpieczeniu. Art. 11 ustawy systemowej nie wymienia natomiast osób pobierających zasiłek macierzyński (o których mowa jest w art. 6 pkt 19 tejże ustawy) jako osób, które w ogóle mogą w tym czasie podlegać ubezpieczeniu chorobowemu. Oznacza to, że w okresie od 9 lutego 2015 roku do 7 lutego 2016 roku B. A. (1) nie podlegała w ogóle ubezpieczeniu chorobowemu. Jeśli więc chciała ponownie do niego przystąpić, musiała uczynić to poprzez złożenie stosownego wniosku, co zresztą uczyniła, jednak dopiero w dniu 7 kwietnia 2016 roku. Tymczasem, w świetle przywołanego już wyżej przepisu art. 14 ust. 1 ustawy systemowej, mimo wskazania przez ubezpieczoną we wniosku, że chce zostać objęta ubezpieczeniem chorobowym już od 8 lutego 2016 roku, nie mogło to nastąpić z datą wcześniejszą niż data złożenia wniosku, a więc 7 kwietnia 2016 roku. Tym samym słusznie organ rentowy przyjął, iż w dniu 8 lutego 2016 roku i dniach kolejnych aż do 7 kwietnia 2016 roku B. A. nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu, a co za tym idzie – że nie przysługiwało jej prawo do zasiłku chorobowego za ten okres. Jak bowiem stanowi przepis art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa, świadczenia pieniężne na warunkach i w wysokości określonych tą ustawą przysługują osobom objętym ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa. Skoro więc B. A. (1) podlegała tym ubezpieczeniom w okresie od 1 października 2014 roku do 8 lutego 2015 roku, a następnie dopiero od 7 kwietnia 2016 roku, nie była nimi objęta w dniach 8 lutego 2016 roku i następnym. Nie mogła więc w tym okresie nabyć prawa do zasiłku chorobowego.

W tym miejscu wydaje się koniecznym nadmienienie, że Sąd Okręgowy uznaje za trafny ten fragment uzasadnienia apelacji organu rentowego, w którym wskazano na pominięcie przez sąd I instancji treści przepisu art. 14 ust. 3 ustawy systemowej. Sąd Rejonowy twierdził bowiem, że zaprezentowana przez niego wykładnia przepisów jest jedyną nieprowadzącą do pozbawienia rodzica prawa do zasiłku chorobowego od razu po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego, tj. bez okresu wyczekiwania o jakim mowa w art. 4 ust. 1 ustawy zasiłkowej. Niestety, także i w tym przypadku sąd I instancji sięgnął wyłącznie do jednego przepisu jednej ustawy, nie bacząc na kontekst prawny w jakim jest on osadzony. Tymczasem z treści przywołanego w apelacji przepisu art. 14 ust. 3 ustawy systemowej wprost wynika, że za okres opłacania składek (na ubezpieczenie dobrowolne) uważa się także okres pobierania zasiłków. Gdyby więc B. A. złożyła wniosek o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej w dniu 8 lutego 2016 roku lub w ciągu 6 kolejnych dni od tego dnia, możliwe byłoby przyjęcie fikcji nieprzerwanego kontynuowania przez nią tego ubezpieczenia, a co za tym idzie, przyznanie prawa do zasiłku chorobowego bez konieczności upływu okresu wyczekiwania.

Wreszcie, odnosząc się do argumentacji ubezpieczonej, która w odpowiedzi na apelację odwoływała się m.in. do woli ustawodawcy jaką miał on, wprowadzając do ustawy systemowej art. 9 ust. 1 c, wydaje się celowym przypomnienie,

iż przepis ten został wprowadzony do ustawy systemowej ustawą z dnia 24 kwietnia 2009 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz ustawy – Prawo bankowe (Dz.U. z 2009 r., nr 71, poz. 609), ze skutkiem od 1 września 2009 r. Ustawa ta została uchwalona (co wynika wprost ze stenogramu z posiedzenia sejmowej Komisji Polityki Społecznej i Rodziny z 18 marca 2009 r., dostępnego na stronach internetowych Sejmu RP, Biuletyn nr (...) kad.) niejako w odpowiedzi na sytuację, w której we wcześniejszych latach Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydawał decyzje o obciążeniu składkami na ubezpieczenie społeczne osób, które pobierały zasiłki macierzyńskie i jednocześnie prowadziły działalność gospodarczą. Wskazywano wówczas (także w odwołaniach od wydawanych przez organ rentowy decyzji, które w przeważającej większości były oddalane przez sądy), że kobiety-przedsiębiorczynie w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego powinny być zwolnione z obowiązku odprowadzania składek na własne ubezpieczenia społeczne z tytułu prowadzenia takiej działalności. W związku z powyższym u podstaw wprowadzenia do ustawy systemowej art. 9 ust. 1 c legło założenie (wprost wyartykułowane w czasie wskazanego wyżej posiedzenia komisji), że w czasie pobierania zasiłku macierzyńskiego opłacanie składek emerytalno-rentowych powinno należeć do budżetu państwa. W uzasadnieniu projektu ustawy nowelizującej zapisano zaś, że w celu zrationalizowania sytuacji osób prowadzących działalność gospodarczą i pobierających zasiłek macierzyński wprowadza się rozwiązanie, dzięki któremu będą mogły one bez utraty ubezpieczenia prowadzić nadal pozarolniczą działalność, korzystając z ochrony ubezpieczeniowej, jaką daje pobieranie zasiłku macierzyńskiego, przy jednoczesnym pozostawieniu im swobody decyzji co do tego czy chcą się zgłosić do dobrowolnych ubezpieczeń społecznych także z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej. W trakcie prac legislacyjnych nad ustawą nie były w ogóle rozważane kwestie związane z ubezpieczeniem chorobowym takich osób; brak jest więc w tej sytuacji podstaw, by przypisywać omawianemu przepisowi znaczenie inne niż to wynika z jego treści, w szczególności, by wywodzić z jego treści istnienie jakichś nadzwyczajnych uprawnień dla tych osób, prowadzących do możliwości nabycia przez nie prawa do zasiłku chorobowego z pominięciem powszechnie obowiązujących zasad.

W powyższej sytuacji, mając na uwadze wszystkie wyżej przedstawione argumenty, na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. Sąd Okręgowy zmienił zaskarżony wyrok i oddalił odwołanie.

W punkcie II sentencji wyroku, na mocy art. 102 k.p.c. Sąd Okręgowy odstąpił od obciążania ubezpieczonej kosztami zastępstwa procesowego organu rentowego przed sądem drugiej instancji. Zgodnie z tym przepisem w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Przepisy Kodeksu postępowania cywilnego statuują tym samym zasadę, że wprawdzie wynik procesu z reguły decyduje o obowiązku zwrotu kosztów przeciwnikowi, jednak nie jest to obowiązek nieograniczony i podlega ocenie z punktu widzenia zasad słuszności. Kodeks nie konkretyzuje pojęcia „wypadków szczególnie uzasadnionych”, pozostawiając ich kwalifikację, przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności danej sprawy, sądowi (por. m.in. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 20 grudnia 1973 r., II CZ 210/73). Zastosowanie przez sąd art. 102 k.p.c. powinno być oceniane w całokształcie okoliczności, które by uzasadniały odstępstwo od podstawowych zasad decydujących o rozstrzygnięciu w przedmiocie kosztów procesu. Do kręgu tych okoliczności należy zaliczyć zarówno fakty związane z samym przebiegiem procesu, jak i fakty leżące na zewnątrz procesu zwłaszcza dotyczące stanu majątkowego i sytuacji życiowej (por. postanowienie SN z dnia 14 stycznia 1974 r., sygn. akt II CZ 223/73, LEX nr 7379). Do wypadków szczególnie uzasadnionych w rozumieniu art. 102 k.p.c. można także zaliczyć sytuacje wynikające z charakteru żądania poddanego rozstrzygnięciu sądu (por. postanowienie SN z dnia 1 września 1973 r., sygn. akt I CZ 122/73, OSNC 1974/98). Okoliczności te powinny być oceniane przede wszystkim z uwzględnieniem zasad współzycia społecznego. W niniejszej sprawie dla Sądu Okręgowego decydujące było to, że z uwagi na niejednolite orzecznictwo sądowe w sprawach analogicznych do rozpoznawanej, ubezpieczona mogła pozostawać w uzasadnionym przekonaniu o słuszności swojego odwołania. Nie sposób bowiem nie dostrzec, że część sądów (przy czym nie chodzi tylko o sądy rejonowe) uznaje składane w takich sprawach odwołania za zasadne, uzasadniając to w identyczny sposób w jaki czyniła to w niniejszej sprawie B. A. (1). Argumentacja ubezpieczonej znalazła zresztą uznanie także i w niniejszej sprawie, w której sąd I instancji uznał ją za trafną. W powyższej sytuacji Sąd Okręgowy uznał, że brak jest podstaw do obciążenia ubezpieczonej kosztami procesu.

SSO Aleksandra Mitros SSO Monika Miller-Młyńska SSO Barbara Konieczna

Zarządzenia:

1. (...)

2. (...)

3. (...) G. B., (...) A..

4. (...)

SSO Monika Miller-Młyńska