

Sygn. akt VI1 U 474/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 1 października 2015r.

Sąd Rejonowy Gdańsk – Południe w Gdańsku Sekcja ds. Ubezpieczeń Społecznych w VI Wydziale Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSR Ewa Dawidowska - Myszką
Protokolant:	stażysta Joanna Malek

po rozpoznaniu w dniu 29 września w Gdańsku

na rozprawie

sprawy A. T.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G.

o zasiłek macierzyński

z odwołania od decyzji z dnia 13 lutego 2015 r., znak (...)

I. Oddala odwołanie

II. Zasądza od wnioskodawczynie A. T. na rzecz pozwanego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. kwotę 60 zł (sześćdziesiąt złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Sygn. Akt VI U 474/15

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. decyzją z dnia 13 lutego 2015r. przyznał A. T. prawo do wypłaty zasiłku macierzyńskiego za okres od dnia 28 grudnia 2014r. do 26 września 2015r. wysokości 100 % , zasiłku macierzyńskiego od 27 września 2015r. do 26 marca 2016r. wysokości 60 % od podstawy wymiaru zasiłku w kwocie 1939,45.

W uzasadnieniu decyzji wskazano, że wnioskodawczynie przystąpiła do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od dnia 5 listopada 2014r. (data złożenia wniosku) i tym samym nabyła prawo do zasiłku macierzyńskiego. Do podstawy wymiaru należnego zasiłku przyjęto przychód za miesiąc listopad 2014r. tj. kwotę 2247,60 zł po odliczeniu kwoty 13,71 , zatem podstawa wymiaru zasiłku macierzyńskiego wynosi 1939,45 zł. Objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do obowiązkowych ubezpieczeń zostanie dokonane w terminie 7 dni od powstania obowiązku ubezpieczeń.

Wnioskodawczynie A. T. złożyła odwołanie od powyższej decyzji i wniosła o zmianę decyzji poprzez przyznanie prawa do zasiłku macierzyńskiego w wysokości obliczonej od podstawy zadeklarowanej za miesiąc listopad 2014r. tj. 9365 zł.

W uzasadnieniu odwołania wskazała, że w dniu 5 listopada 2014r. złożyła wniosek o objęcie ją dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 1 listopada 2014r. i jako podstawę wskazała kwotę 9365 zł. Jednocześnie w terminie opłaciła składkę od zadeklarowanej kwoty za cały miesiąc. Zdaniem odwołującej przepis art. 14 ust.1 a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych ma zastosowanie także w przypadku , jeśli zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnych i rentowych nastąpiło w terminie przewidzianym w art. 36 ust 4 ustawy systemowej, natomiast zgłoszenie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego nastąpiło w terminie późniejszym, wybranym przez ubezpieczonego, nawet po kilkudziesięciu miesiącach od powstania obowiązku ubezpieczenia.

Ponadto z uwagi na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w związku z koncepcją dorozumianego przystąpienia do ubezpieczenia należało przyjąć, że wnioskodawczyni jest objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 1 listopada 2014r.

Pozwany wniósł o oddalenie odwołania i zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego, podnosząc argumentację jak w zaskarżonej decyzji.

Rozpatrując przedmiotowe odwołanie Sąd ustalił i zważył, co następuje:

Wnioskodawczyni A. T. prowadzi działalność gospodarczą od stycznia 2012r. . zajmuje się przygotowaniem materiałów do druku. Z tego tytułu podlega obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu od preferencyjnej stawki. Następnie po upływie 2 lat opłacała składki w wysokości minimalnej. Wnioskodawczyni nie była zgłoszona do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

W związku z tym , że wnioskodawczyni była w ciąży, to uzgodniła z księgową D. S. , że od 1 lipca 2014r. zostanie zgłoszona do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od minimalnej podstawy. Następnie wyrejestrowała się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w miesiącu październiku 2014r. po to, aby po przerwie trwającej ponad 30 dni zgłosić się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z najwyższą podstawą, aby zasiłek macierzyński został ustalony w oparciu o najwyższą podstawę. W związku z tym wnioskodawczyni w dniu 5 listopada 2014r. wyrejestrowała się z obowiązkowych ubezpieczeń emerytalnego i rentowego oraz ponownie z tą samą datą zgłosiła się do obowiązkowych ubezpieczeń oraz do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, wskazując we wniosku na dzień 1 listopada 2014r. jako datę objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Przez cały okres od stycznia 2012r. działalność gospodarcza była prowadzona w spóć nieprzerwany.

W dniu 28 grudnia 2014r. wnioskodawczyni urodziła córki L. oraz I..

(okoliczności bezsporne,

nadto dowód : zeznania świadka D. S.)

Powyższy stan faktyczny był bezsporny między stronami. Przy jego ustalaniu Sąd oparł się na dokumentach zebranych w sprawie, w szczególności w aktach ZUS, których autentyczności ani prawdziwości żadna ze stron nie kwestionowała.

Sąd przy ustalaniu stanu faktycznego oparł się również na zeznaniach świadka D. S., które ocenił jako spójne i logiczne oraz zgodne z pozostałym materiałem dowodowym zebrany w sprawie.

Strony nie kwestionowały faktu , że w dniu 5 listopada 2014r. wnioskodawczyni zgłosiła się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, przy czym w dokumencie zgłoszeniowym podała datę 1 listopada 2014r. jako datę objęcia ją dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym oraz, że działalność gospodarcza była prowadzona nieprzerwanie od stycznia 2012r.

Na podstawie ustalonego stanu faktycznego należy stwierdzić, iż rozstrzygnięcie zaskarżonej decyzji odpowiada prawu.

Zgodnie z art. 52 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U.2014.159 j.t.) przy ustalaniu podstawy wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku macierzyńskiego i zasiłku opiekuńczego stosuje się odpowiednio przepisy art. 36 ust. 2-4, art. 38 ust. 1, art. 42, 43, 48 ust. 1 oraz art. 49 i 50, a do świadczenia rehabilitacyjnego także przepisy art. 19 ust. 2 i art. 4

Z kolei art. 49 ust.1 pkt.1(w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 grudnia 2013r. zgodnie z ustawą z dnia 21 czerwca 2013 r.o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa) stanowi, że jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, podstawę wymiaru zasiłku stanowi najniższa miesięczna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4 - dla ubezpieczonych, dla których określono najniższą podstawę wymiaru składek.

Pojęcie przychodu ma swoją normatywną definicję w art. 3 pkt 4 ustawy. Z przepisu tego wynika, że przychodem jest kwota stanowiąca podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonego niebędącego pracownikiem, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe.

W pierwszej kolejności sąd ustalał, czy prawo do zasiłku macierzyńskiego dla A. T. powstało przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego.

Zgodnie z dyspozycją art. 14 ust. 1, 1 a i 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U.2015.121 -j.t. ze zm.) 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.

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. Z kolei powyższy przepis stanowi, że zgłoszenia dokonuje się w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia. Natomiast art. 13 pkt 4 ustawy systemowej stanowi, że obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym podlegają osoby prowadzące pozarolniczą działalność - od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności, z wyłączeniem okresu, na który wykonywanie działalności zostało zawieszona na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej;

Obowiązek ubezpieczenia społecznego (albo ich brak) powstaje z mocy prawa i trwa przez cały czas spełniania warunków objętych dyspozycją przywołanych norm prawnych. Chwila zarówno powstania, jak i ustania obowiązku ubezpieczenia została określona w sposób ścisły w przepisach prawa i jest ona niezależna od woli lub świadomości stron. Obowiązek ubezpieczenia emerytalnego i rentowego powstaje z chwilą rozpoczęcia wykonywania działalności gospodarczej. Czynności związane ze złożeniem dokumentów zgłoszeniowych, czy też wyrejestrowujących nie mają wpływu na powstanie obowiązku ubezpieczenia. Zgłoszenie, bądź wyrejestrowanie z ubezpieczeń społecznych nie ma charakteru konstytutywnego i nie jest warunkiem powstania obowiązku ubezpieczenia społecznego. Obowiązek ten wiąże się wyłącznie z faktycznym wykonywaniem działalności gospodarczej.

Dlatego też okoliczność, że wnioskodawczyni z dniem 1 listopada 2014r. wyrejestrowała się z obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i tą samą datą zgłosiła się do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego nie oznacza, że zgłoszenie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego zostało dokonane w terminie 7 dni od powstania obowiązku ubezpieczenia. A. T. prowadziła bowiem działalność gospodarczą nieprzerwanie od stycznia 2012r. i wówczas powstał obowiązek ubezpieczenia społecznego.

Zdaniem Sądu nie można wyklądać przepisu art. 14 ust. 1 i 1 a ustawy systemowej w sposób, w jaki wskazuje wnioskodawczyni w odwołaniu tj. że wystarczy jeśli zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnych i rentowych nastąpiło w terminie przewidzianym w art. 36 ust.4 ustawy systemowej, natomiast zgłoszenie do dobrowolnego ubezpieczenia

chorobowego może nastąpić w terminie późniejszym wybranym przez ubezpieczonego, nawet po kilkudziesięciu miesiącach od powstania obowiązku ubezpieczenia.

W pierwszej kolejności należy wskazać, że takiej interpretacji sprzeciwia się wykładnia językowo-logiczna. Skoro objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje tylko wówczas od dnia wskazanego we wniosku, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnych i rentowych zostanie dokonane w terminie 7 dniowym od powstania obowiązku ubezpieczenia, to oczywistym jest, że następuje powiązanie momentu objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z momentem zgłoszenia do ubezpieczeń obowiązkowych. Nie było potrzeby dodatkowego zaznaczenia równoległości zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego i obowiązkowego ubezpieczenia, skoro treść całości tego ustępu wskazuje właśnie na jednoczesność i równoległość wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym oraz zgłoszeniem do obowiązkowego ubezpieczenia emerytalnego i rentowego.

Trzeba też wskazać na zaakcentowany przez ustawodawcę wyraz „tylko wówczas”, co wskazuje na wyjątkowość, nadzwyczajność takiej sytuacji, która stanowi uzasadnienie dla odstąpienia od generalnej reguły przewidzianej w ust. 1 art. 14. Gdyby ustawodawca dopuszczał możliwość wstecznego zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego nawet po kilkunastu miesiącach od powstania obowiązku ubezpieczenia, to wówczas nie byłoby to sytuacja nadzwyczajna.

Przepis art. 14 ust. 1 a ustawy systemowej jak wskazano powyżej ma charakter wyjątku i dlatego przepis ten winien być interpretowany ściśle. W teorii prawa wskazuje się na zakaz rozszerzającej wykładni wyjątków w myśl paremii łacińskiej *exceptiones non sunt extendendae* (L. Morawski, Wstęp do prawoznawstwa, Toruń, 2008, s. 135 i następn.). Trzeba mieć na uwadze, że zasadą jest objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym dopiero od dnia zgłoszenia wniosku. Przedsiębiorca w sposób dowolny decyduje, od kiedy zamierza przystąpić do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, przy czym nie może przystąpić do tego ubezpieczenia z datą wsteczną. Należy wskazać, że objęcie ubezpieczeniem chorobowym ma zapewnić świadczenia w przypadku wystąpienia ryzyka ubezpieczeniowego w postaci choroby lub macierzyństwa. Dlatego też ustawodawca uniemożliwił wsteczne objęcie ubezpieczeniem chorobowym w związku z na przykład spełnieniem ryzyka ubezpieczeniowego, gdyż objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym nastąpi nie wcześniej niż od dnia złożenia wniosku.

Jedynym wyjątkiem wynikającym ze względów celowościowych jest przypadek zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego i obowiązkowych ubezpieczeń emerytalnych i rentowych związany z podjęciem działalności rodzącej obowiązek ubezpieczenia. W takim przypadku również objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym powinno miejsce w dacie wskazanej we wniosku (a nie w dacie złożenia wniosku) i w związku z tym ustawodawca przewidział powyższą sytuację w art. 14 ust. 1a ustawy systemowej. Jest to usprawiedliwione tym, że skoro przedsiębiorca ma 7 dniowy termin na złożenie deklaracji zgłoszeniowej do ubezpieczeń obowiązkowych, to również tą deklaracją winno być objęte dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, jeśli ubezpieczony wyrazi taką wolę. Celem wprowadzenia tej zmiany było wyeliminowanie niespójności, jaka powstała w przypadku, gdy osoba dokonywała jednocześnie zgłoszenia do ubezpieczeń emerytalnego i rentowego oraz chorobowego np. w 6 dniu od powstania obowiązku ubezpieczenia. W takiej sytuacji przed wprowadzeniem powyższego zapisu osoba, mimo że zgłoszenia dokonała prawidłowo i ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym podlegała od pierwszego dnia, to ubezpieczeniu chorobowemu dopiero od 6 dnia, czyli od dnia, w którym wniosek został złożony (zob. K. Dziwota(w:) J. Wantoch-Rekowski (red.) Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych. Komentarz, Warszawa 2007r.).

Wsteczne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od daty wskazanej we wniosku jest możliwe, gdyż zgłoszenie do ubezpieczenia chorobowego i do obowiązkowych ubezpieczeń zostanie dokonane w ciągu 7 dni od powstania obowiązku ubezpieczenia (podjęcia działalności gospodarczej) i jest to jedyny wyjątek od zasady, że objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym następuje od daty zgłoszenia wniosku. Gdy zgłoszenie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego zostanie przekazane po tym terminie, to przy ustalaniu daty, od której ubezpieczony będzie podlegał ubezpieczeniu chorobowemu, zastosowanie będzie art. 14 ust. 1 tj. data zgłoszenia wniosku (zob. zob.

A. Radziśław (w:) J. Wantoch-Rekowski (red.) Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych. Komentarz, Warszawa 2015r.)

Trzeba też zaznaczyć, że przepis art. 14 ust.1 a ustawy systemowej nie ogranicza daty wskazanej we wniosku dotyczącej woli objęcia ubezpieczeniem chorobowym. Wynika to bowiem z tego, że przypadek określony w powyższym ustępie art. 14 dotyczy zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, które powinno być dokonane w terminie 7 dniowym od powstania tego obowiązku. Zatem data wskazana we wniosku może dotyczyć jedynie powyższego okresu 7-dniowego liczonego od podjęcia działalności pozarolniczej.

Reasumując powyższe rozważania należy wskazać, że zestawienie redakcji ustępu 1 i 1a art. 14 ustawy systemowej prowadzi do wniosku, że wyjątek przewidziany w art. 14 ust 1a ustawy systemowej dotyczy wyłącznie przypadku, gdy objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym powiązane jest jednocześnie ze zgłoszeniem do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego oraz do obowiązkowych ubezpieczeń emerytalnych i rentowych, przy czym zgłoszenie do obowiązkowych ubezpieczeń zostało dokonane w terminie 7-dniowym od powstania obowiązku ubezpieczenia. Za powyższym stanowiskiem przemawia wykładnia językowo-logiczna, funkcjonalna i celowościowa.

Wnioskodawczyni A. T. prowadziła działalność pozarolniczą od stycznia 2012r. i wówczas powstał obowiązek ubezpieczenia emerytalnego i rentowego. Natomiast do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego A. T. była zgłoszona w okresie od 1 lipca 2014r. do 30 września 2014r. z najniższą podstawą składek i następnie z dniem 30 września 2014r. wyrejestrowała się z ubezpieczenia chorobowego i jednocześnie za miesiąc październik 2014r. nie zapłaciła składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Następnie w dniu 5 listopada 2014r. wyrejestrowała się z obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i jednocześnie zgłosiła się do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z datą 1 listopada 2014r. z najwyższą podstawą składek. Objęcie A. T. dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym mogło nastąpić nie wcześniej, niż od dnia złożenia wniosku tj. od dnia 5 listopada 2014r.. Nie jest możliwe objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od daty wskazanej we wniosku tj. od dnia 1 listopada 2014r., ponieważ wniosek ten nie został zgłoszony w terminie 7 dni od powstania obowiązku ubezpieczenia emerytalnego i rentowego tj. od stycznia 2012r..Zgłoszenie do obowiązkowych ubezpieczeń

społecznych w dniu 5 listopada 2014r. z datą od 1 listopada 2014r nie zostało dokonane w terminie 7 dni od powstania obowiązku ubezpieczenia społecznego, gdyż obowiązek ten istniał od stycznia 2012r. od rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej. Dlatego też należało przyjąć, że wnioskodawczyni podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od daty zgłoszenia wniosku tj. od dnia 5 listopada 2014r..

Trzeba też wskazać, że sam fakt opłacenia składki na ubezpieczenia społeczne za cały miesiąc listopad 2014r. nie może powodować objęcia wnioskodawczyni ubezpieczeniem chorobowym od dnia 1 listopada 2014r. na zasadzie dorozumianego wniosku.

Prezentowana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w publikacjach internetowych koncepcja o dorozumianym objęciu ubezpieczeniem nie znajduje oparcia w przepisach prawa.

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 (tak też, w odniesieniu do ubezpieczenia społecznego rolników, Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 22 lipca 2009 r., I UK 70/09, LEX nr 529763). Z kolei w wyroku z dnia 28 listopada 2002 r. (II UK 93/02, LEX nr 577471) Sąd Najwyższy wyraził pogląd, iż sam fakt opłacania składek na ubezpieczenie społeczne przez osobę wyłączonej z możliwości objęcia tym ubezpieczeniem nie może rodzić skutków prawnych odmiennych od wyraźnej regulacji ustawowej.

Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 29 marca 2012 r., I UK 339/11, OSNP 2013/5-6/68 wskazał, że ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą po ustaniu tytułu podlegania temu ubezpieczeniu w wyniku stwierdzenia przez organ rentowy zaprzestania prowadzenia tej działalności, wymaga zgłoszenia pisemnego wniosku przez ubezpieczonego (art. 11 ust. 1 oraz art. 14 ust. 1 i 1a

ustawy s.u.s.). W uzasadnieniu wyroku Sąd Najwyższy wskazał, że nie można przyjąć dorozumianego oświadczenia zainteresowanego o objęcie go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, gdyż brak do tego podstaw. Do stosunków ubezpieczenia społecznego - jako stosunków regulowanych prawem publicznym - nie ma zastosowania art. 60 k.c., zgodnie z którym wola osoby dokonującej czynności prawnej może być wyrażona przez każde zachowanie się tej osoby, które ujawnia jej wolę w sposób dostateczny. Przepis ten reguluje składanie oświadczeń woli per facta condudentia w stosunkach cywilnych (regulowanych prawem prywatnym). Nie ma podstaw do odpowiedniego stosowania przepisów Kodeksu cywilnego do wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym. 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. 300k. p. stosować odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego. 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 (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00, OSNP 2003/10/257, wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 30 października 2012 r., III AUa 550/12, LEX nr 1237547; wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 10 stycznia 2013 r., III AUa 895/12, LEX nr 1254426; wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 8 sierpnia 2013 r., III AUa 2186/12, LEX nr 1356504, wyrok SA w Gdańsku z 14.05.2014r., III AUa 1100/13, LEX nr 1477034). Osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega ubezpieczeniu chorobowemu na zasadzie dobrowolności, a objęcie tym ubezpieczeniem realizuje się przez zgłoszenie stosownego wniosku (art. 11 ust. 2 i art. 36 ust. 5 ustawy s.u.s.). Nie oznacza to jednak, że przedmiotowy wniosek, a konkretnie zawarte w nim oświadczenie o zgłoszeniu do ubezpieczenia chorobowego, stanowi czynność prawną (zdarzenie prawne) rodzącą i kreującą stosunek cywilnoprawny (por. wyrok Sądu Najwyższego z 5 grudnia 2007 r., II UK 106/07, LEX nr 346189). W

Dlatego też mimo opłacenia składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za cały miesiąc listopad 2014r. , wnioskodawczyni nie mogła podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 1 listopada 2014r.. Wnioskodawczyni została objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym dopiero od dnia złożenia wniosku tj. 5 listopada 2014r.

Reasumując powyższe rozważania należy wskazać, że prawo do zasiłku macierzyńskiego dla A. T. powstało przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego. Wnioskodawczyni podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 5 listopada 2014r. , zaś prawo do zasiłku macierzyńskiego powstało od dnia 28 grudnia 2014r.. Zatem do dnia 28 grudnia 2014r.. nie upłynął pełny miesiąc kalendarzowy ubezpieczenia chorobowego(zarówno miesiąc listopad jak i grudzień były niepełnymi miesiącami kalendarzowymi). Dlatego też w przedmiotowej sprawie zostały spełnione warunki do zastosowania normy przewidzianej w art. 49 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa. W związku z powyższym podstawy wymiaru zasiłku macierzyńskiego należnego wnioskodawczyni nie mogła stanowić zadeklarowana kwota składek na ubezpieczenie chorobowe za miesiąc grudzień 2013r.

W art. 49 pkt 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa nie wskazano wprost, do których ubezpieczonych stosuje się przewidzianą w nim regułę ustalania podstawy wymiaru zasiłku od najniższej podstawy wymiaru składki. Zakres podmiotowy tej regulacji określono zbiorczo, jako "ubezpieczonych, dla których określono najniższą podstawę wymiaru składek". W stosunku do osób prowadzących działalność pozarolniczą ograniczenia zostały ustanowione poprzez odniesienie się do dolnych wartości składek w art. 18 ust. 8 i art. 18a ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych) Osoby, o których mowa w tych przepisach są "ubezpieczonymi, dla których określono najniższą podstawę wymiaru składek", przy czym określenie ich w ten sposób wskazuje na ustanowienie tej wartości w sposób władczy, a więc w indywidualnej decyzji lub w ustawie jako dolnej granicy, od której składka może być zadeklarowana, a nie wynika z faktu zadeklarowania składki w wysokości liczonej od najniższej podstawy.

Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 6 września 2012 r. (II UK 36/12, LEX nr 1218196) oraz w wyroku z dnia 28 sierpnia 2012r. (II UK 34/12, OSNP 2013/15-16/184) zaznaczył, że w konsekwencji uzasadnione jest stwierdzenie, że podstawę wymiaru zasiłku macierzyńskiego, do którego prawo powstało w pierwszym miesiącu kalendarzowym niepoprzedzonego innym ubezpieczeniem dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu

prowadzenia działalności gospodarczej, określa art. 49 pkt 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, jako najniższą podstawę wymiaru składek na to ubezpieczenie po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4 tej ustawy, bez względu na wysokość kwoty zadeklarowanej na podstawie art. 18 ust. 8 lub 18a ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Wnioskodawczyni prowadzi działalność pozarolniczą od stycznia 2012r. (powyżej 24 miesiące od dnia rozpoczęcia działalności) i w związku z tym najniższą podstawę wymiaru składek określa dla niej art. 18 ust. 8 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych zgodnie z którym zadeklarowana kwota nie może być niższa niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek, ogłoszonego w trybie art. 19 ust. 10 na dany rok kalendarzowy. Składka w nowej wysokości obowiązuje od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia danego roku.

I ta kwota po odliczeniach określonych w art. 3 pkt. 4 ustawy o świadczeniach pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa stanowi podstawę wymiaru zasiłku macierzyńskiego należnego A. T. , bez względu na wysokość zadeklarowanej podstawy na ubezpieczenie chorobowe.

Mając na uwadze powyższe na mocy art. 477¹ § 1 kpc oraz cytowanych przepisów Sąd orzekł jak w sentencji wyroku.