

Sygn. akt III AUa 148/16

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 8 czerwca 2016 r.

Sąd Apelacyjny - III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Gdańsku

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Małgorzata Gerszewska (spr.)
Sędziowie:	SSA Bożena Grubba SSA Aleksandra Urban
Protokolant:	stażysta Sylwia Gruba

po rozpoznaniu w dniu 8 czerwca 2016 r. w Gdańsku

sprawy J. W.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T.

o podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu

na skutek apelacji J. W.

od wyroku Sądu Okręgowego w Toruniu IV Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 1 grudnia 2015 r., sygn. akt IV U 2014/15

oddala apelację.

SSA Bożena Grubba SSA Małgorzata Gerszewska SSA Aleksandra Urban

Sygn. akt III AUa 148 /16

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 24 września 2015 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T., działając na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 2, art. 11 ust. 2, art. 14 ust. 1, 1a i 2 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. 2015 r., poz. 121 ze zm.; dalej jako ustawa systemowa) stwierdził, że J. W. podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą od 1 stycznia do 30 kwietnia 2015 r. i od 8 lipca 2015 r., zaś nie podlegała temu ubezpieczeniu w okresie od 1 maja do 7 lipca 2015 r. W uzasadnieniu organ rentowy wskazał, że decyzja została wydana na skutek uporządkowania na koncie ubezpieczonej okresów podlegania ubezpieczeniu społecznemu od lipca 2014 r. po analizie dokumentów zgłoszeniowych, rozliczeniowych i wpłat zewidencjonowanych na koncie ubezpieczonej.

Ubezpieczona zaskarżyła decyzję organu rentowego w części dotyczącej ustalenia, że w okresie od 1 czerwca do 7 lipca 2015 r. nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, zarzucając pozwanemu naruszenie art. 14 ust. 1 ustawy systemowej poprzez niezastosowanie wobec niej wykładni prezentowanej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych polegającej na tym, że za wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym uznaje się również fakt rozliczenia składek na to ubezpieczenie i ich opłacenie, o ile nastąpiło to w terminie i w pełnej wysokości oraz, że dla potwierdzenia faktu objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym należy przekazać odpowiednie dokumenty zgłoszeniowe, art. 14 ust. 1 w zw. z art. 123 ustawy systemowej i art. 7, 8, 9 i 11 k.p.a. poprzez ich niezastosowanie przy wydaniu zaskarżonej decyzji.

Wskazując na powyższe domagała się zmiany zaskarżonej decyzji oraz ustalenie, że podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 1 czerwca do 7 lipca 2015 r.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie podtrzymując stanowisko w sprawie.

Wyrokiem z dnia 1 grudnia 2015 r. Sąd Okręgowy w Toruniu oddalił odwołanie wskazując następujące motywy rozstrzygnięcia:

Ubezpieczona J. W. jest adwokatem i od 2010 r. prowadził pozarolniczą działalność gospodarczą polegającą na świadczeniu usług prawnych. Z tego tytułu podlegała obligatoryjnie ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu i wypadkowemu, zgłosiła się również do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

W dniu 20 sierpnia 2014 r. skarżąca złożyła zgłoszenie korekty okresów podlegania ubezpieczeniom społecznym na druku ZUS KOA, zaś organ rentowy podjął działania w celu uporządkowania sytuacji na koncie ubezpieczonej obejmując nimi okres do czerwca 2014 r.

W wyniku postępowania wyjaśniającego pozwany ustalił, że - z uwagi na opóźnienia w zapłacie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe - ubezpieczona od stycznia 2014 r. nie podlegała temu ubezpieczeniu. Ustalił nadto po analizie dokumentów zgłoszeniowych, zaewidencjonowanych na koncie ubezpieczonej wpłat oraz po ich rozliczeniu, że w okresie od lipca do października 2014 r. J. W. nie naliczyła i nie opłaciła składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, składka za listopad 2014 r. została naliczona, lecz ubezpieczona jej nie zapłaciła, zaś składka za grudzień 2014 r. została naliczona i zapłacona, ale po obowiązującym terminie płatności. Od stycznia do kwietnia oraz począwszy od czerwca 2015 r. składki zostały opłacone terminowo. Wnioskodawczyni nie naliczyła natomiast i nie zapłaciła składek za maj 2015 r.

W związku z brakiem wpłat składek za luty oraz za okres od lipca do listopada 2014 r. organ rentowy w dniu 30 czerwca 2015 r. dokonał zajęcia rachunku bankowego ubezpieczonej a także wystawił w tym dniu dwa tytuły wykonawcze. Uprzednio w przedmiocie zaległości składkowych za ten okres były kierowane do ubezpieczonej upomnienia z 9 kwietnia 2015 r. (doręczone 13 kwietnia 2015 r.).

W okresie maj – czerwiec 2015 r. ubezpieczona stopniowo spłacała zadłużenie. Do jego pełnego uregulowania doszło w dniu 29 czerwca 2015 r.

J. W. dniu 3 lipca 2015 r. zwróciła się do pozwanego o podanie informacji, czy z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, a jeżeli tak to od kiedy. Wyjaśniła, że od początku prowadzenia działalności gospodarczej chciała podlegać temu ubezpieczeniu, lecz w 2014 r. miała problemy z terminowym opłacaniem składek. Obecnie wszelkie zaległości zostały już uregulowane. Zaznaczyła, że od stycznia 2015 r. płaciła składki terminowo.

W dniu 6 lipca 2015 r. ubezpieczona wniosła o zgłoszenie jej do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 1 lutego 2015 r. zaznaczając, że od tego dnia opłacała składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w terminie, zaś zgodnie z orzecznictwem, mimo braku stosownego wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, ubezpieczony zostaje nim objęty w sposób dorozumiany. Następnie w dniu 8 lipca 2015 r. udała się do ZUS w celu

uzyskania informacji na temat podlegania przez nią ubezpieczeniu chorobowemu (co związane było z problemami z terminowym opłacaniem składek za 2014 r. oraz z tym, iż dopiero w maju i czerwcu 2015 r. zapłaciła zaległe składki za 2014 r.) po uprzednim zapoznaniu się z informacjami znajdującymi się na stronie internetowej pozwanego. Wynikało z nich, że osoby prowadzące działalność gospodarczą i podlegające z tego tytułu obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu mogą – na swój wniosek – zostać objęte dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Objęcie tym ubezpieczeniem następuje od dnia wskazanego we wniosku, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony. Wniosek jest składany poprzez zaznaczenie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego na dokumencie ZUS ZUA. W przypadku niezłożenia wniosku na dokumencie ZUS ZUA, za wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym uznaje się również fakt rozliczenia składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe i ich opłacenie, o ile nastąpiło to w terminie i w pełnej wysokości. Ubezpieczona zapoznała się z tą informacją nie wcześniej niż 3 dni przed wizytą w ZUS.

Podczas rozmowy z pracownicą ZUS w dniu 8 lipca 2015 r. ubezpieczona uzyskała informację, że w sposób dorozumiany jest objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od miesiąca za który w pełnej wysokości i terminowo opłaciła składkę (styczeń – kwiecień 2015 r.) że w związku z niezapłaceniem składki za maj 2015 r. nie jest objęta ubezpieczeniem chorobowym w tym miesiącu. W celu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od czerwca 2015 r. powinna, zgodnie z wytycznymi ZUS, złożyć deklarację przystąpienia do tego ubezpieczenia oraz zapłacić składkę w terminie i pełnej wysokości oraz że złożenie takiej deklaracji (objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym) np. w dniu 1 czerwca 2015 r. mogłoby być nieskuteczne, gdyż nieopłacenie składki w wymaganym terminie lub w niepełnej wysokości powoduje, że nie dojdzie do objęcia ubezpieczeniem chorobowym. Pracownica ZUS poinformowała nadto, że dla organu najważniejszy jest sam fakt opłacenia w terminie i wymaganej wysokości składki. Nie ma natomiast znaczenia to, że deklaracja zostanie złożona w dniu 8 lipca 2015 r.

W tym samym dniu, tj. 8 lipca 2015 r. ubezpieczona wycofała wniosek z 3 lipca 2015 r. oraz zgłosiła przystąpienie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 1 czerwca 2015 r. na druku ZUS ZUA. Następnego dnia złożyła pismo z 7 lipca 2015 r., w którym wniosła o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od 1 czerwca 2015 r. zaznaczając jednocześnie, że wcześniej nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu z uwagi na „wykreślenie” jej z tego ubezpieczenia od 1 stycznia 2014 r.

W skierowanym do skarżącej w dniu 31 lipca 2015 r. piśmie organ rentowy wyjaśnił, że od stycznia do kwietnia 2015 r. podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z uwagi na zapłatę w terminie i prawidłowej wysokości składek na to ubezpieczenie i że – wobec dokonanego dnia 8 lipca 2015 r. zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego – podlegała będzie temu ubezpieczeniu od 8 lipca 2015 r., o ile zapłaci w terminie składki na ubezpieczenie chorobowe za lipiec 2015 r. Organ rentowy wskazał również, że z uwagi na datę wpływu zgłoszenia brak jest o podstaw do objęcia ubezpieczoną dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od 1 czerwca 2015 r. Stanowisko to pozwany podtrzymał w dalszej korespondencji kierowanej do wnioskodawczyni.

Na wnioski J. W. z 4 i 8 września 2015 r. dotyczące kwestii podlegania przez nią dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu (od 1 stycznia 2015 r. do 30 kwietnia 2015 r. oraz od 1 czerwca 2015 r. do 31 sierpnia 2015 r.) organ rentowy wydał zaskarżoną decyzję.

W świetle poczynionych ustaleń faktycznych za niesporne uznał Sąd Okręgowy to, że:

1/ ubezpieczona podlegała od 2010 r. ubezpieczeniom społecznym jako osoba prowadząca działalność gospodarczą polegającą na świadczeniu usług prawnych jako adwokat, zgłosiła się także do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, lecz z uwagi nieregulowanie składek lub płacenie ich z opóźnieniem w 2014 r. nie podlegała temu ubezpieczeniu;

2/ zaległości składkowe za 2014 r. zostały przez nią uregulowane dopiero w maju – czerwcu 2015 r. (ostatnią zaległość spłaciła 29 czerwca 2015 r.);

3/ terminowo i w prawidłowej wysokości zapłaciła składki za okres od stycznia do kwietnia oraz od czerwca do sierpnia 2015 r., składka za maj 2015 r. nie została prawidłowo zapłacona; za nie mające znaczenia, w świetle regulacji art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, uznał Sąd to, czy za ten miesiąc nie doszło do naliczenia i zapłaty składki (jak twierdzi pozwany), czy też składka za ten miesiąc została naliczona i zapłacona lecz po upływie obowiązującego terminu (jak twierdzi skarżąca), bowiem w obu tych przypadkach dochodzi do ustania tego ubezpieczenia;

4/ dokonała zgłoszenia do ubezpieczenia chorobowego w dniu 8 lipca 2015 r. - Sąd rozważał przy tym, czy skutku zgłoszeniowego nie wywołało pismo skarżącej z 6 lipca 2015 r. lecz zarówno ona jak i organ rentowy w ten sposób tego pisma nie postrzegali, jednoznacznie twierdząc, że zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych zostało dokonane w dniu 8 lipca 2015 r.. Marginalnie Sąd zważył, że nawet gdyby przyjąć, iż do zgłoszenia doszło w dniu 6 lipca 2015 r., to i tak nie mogłoby to skutkować przesunięciem początkowej daty ubezpieczenia chorobowego na okres przed lipcem 2015 r., co przecież było zasadniczym elementem sporu w niniejszej sprawie. W ocenie Sądu I instancji z punktu widzenia rozstrzygnięcia sprawy nie miało znaczenia to, w jaki technicznie sposób zostało dokonane zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych: czy w formie papierowej, czy też elektronicznie. Z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że zastosowano drugą formę zgłoszenia, co wynikało choćby stąd, iż na rozprawie w dniu 1 grudnia 2015 r. pełnomocnik organu rentowego przedstawił szczegółowe dane zgłoszenia elektronicznego w postaci jego indywidualnego identyfikatora. W istocie nie miało to jednak żadnego znaczenia wobec bezspornego faktu, iż zgłoszenie zostało złożone w dniu 8 lipca 2015 r. W tej sytuacji Sąd na podstawie art. 207 § 3 a contrario k.p.c. oddalił wniosek pełnomocnika ubezpieczonej o złożenie pisma przygotowawczego w przedmiocie sposobu złożenia zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego;

5/ ubezpieczona zapoznała się z zamieszczonym na stronach internetowych ZUS pouczeniem o możliwości podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w sposób dorozumiany (Sąd pod tym pojęciem w dalszych rozważaniach rozumiał konstrukcję polegającą na uznaniu za równoznaczne ze złożeniem zgłoszenia do ubezpieczenia chorobowego samego faktu prawidłowej zapłaty składki za dany miesiąc) tuż przed wizytą w ZUS w dniu 8 lipca 2015 r., przy czym nie wcześniej niż w ciągu 3 dni. Sąd wskazał dalej na pewne rozbieżności w wypowiedziach ubezpieczonej, gdyż w piśmie z 10 sierpnia 2015 r. (k. 12 akt ubezpieczeniowych) wskazywała, że z pouczeniem na stronie internetowej zapoznała się w czerwcu 2015 r., zaś w piśmie z 7 września 2015 r. (k. 36 akt), że w dniu 7 lipca 2015 r., a więc dzień przed wizytą w ZUS i uznał jednak, że twierdzenie pełnomocnika ubezpieczonej na rozprawie w dniu 1 grudnia 2015 r., że ubezpieczona zapoznała się z pouczeniem na stronie internetowej „dzień wcześniej, góra dwa, trzy dni wcześniej” (00:06:21-00:11:52) odpowiadało rzeczywistości. Twierdzenia powyższe w tym zakresie nie były bowiem kwestionowane przez pełnomocnika organu rentowego. Nadto na rzecz tego drugiego stanowiska przemawiało to, iż w pismach składanych przez ubezpieczoną w dniu 3 lipca 2015 r. (k. 9 akt ubezpieczeniowych) i 6 lipca 2015 r. (k. 1 akt ubezpieczeniowych) ubezpieczona ani razu nie powołała się na informacje zamieszczone na stronie internetowej ZUS. Symptomatyczne przy tym jest to, że w piśmie z 6 lipca 2015 r. ubezpieczona nie tylko, że nie powołała się na pouczenie na stronie internetowej ZUS, lecz odwołała się do orzecznictwa sądowego, które rzekomo miało dopuszczać dorozumianą formę zgłoszenia się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. W świetle tych dokumentów trudno zakładać, że wówczas posiadała wiedzę o pouczeniu na stronach internetowych, bo przecież by się na nie wówczas powołała, tak jak to czyniła wielokrotnie w toku dalszego postępowania administracyjnego i sądowego. W dalszych wywodach Sąd wskazał, że z punktu widzenia rozstrzygnięcia sprawy nie było potrzeby podejmowania działań w kierunku bardziej precyzyjnego ustalenia daty zapoznania się przez ubezpieczoną ze wskazanym pouczeniem. Taka konieczność mogłaby zaistnieć ewentualnie tylko wtedy, gdyby ubezpieczona twierdziła, że z uwagi na treść pouczenia odstąpiła od złożenia zgłoszenia w czerwcu 2015 r. Okoliczność ta, przy zastosowaniu ekstensywnej wykładni art. 14 ust. 1 ustawy systemowej dokonywanej w świetle zasad ogólnych postępowania administracyjnego, mogłaby nabrać pewnego znaczenia jurystycznego, lecz przecież ubezpieczona w niniejszej sprawie ani razu nie twierdziła, że treść pouczenia na stronie internetowej ZUS kiedykolwiek odwiodła ją od złożenia zgłoszenia do ubezpieczenia chorobowego;

6/ w trakcie wizyty w ZUS w dniu 8 lipca 2015 r. ubezpieczona została pouczona, że jeżeli chce podlegać ubezpieczeniu chorobowemu od 1 czerwca 2015 r., to zgodnie z wytycznymi ZUS powinna złożyć deklarację przystąpienia do tego

ubezpieczenia oraz zapłacić składkę w terminie i pełnej wysokości. Zagadnienie to było zasadniczym elementem rozmowy z pracownicą ZUS i właśnie to pouczenie skłoniło ubezpieczoną do złożenia w tym samym dniu zgłoszenia ZUS ZUA.

Okoliczności powyższe nie były kwestionowane przez organ rentowy. Brak było też innych wskazań co do tego, iż mogą one nie odpowiadać rzeczywistości, a zatem ten fragment stanu faktycznego Sąd ustalił w całości w zgodzie z twierdzeniami ubezpieczonej. W tym stanie rzeczy przeprowadzanie dowodów na okoliczność przebiegu rozmowy ubezpieczonej z pracownicą ZUS w dniu 8 lipca 2015 r. uznane zostało przez Sąd za zbędne, zmierzające do przewlekłości postępowania (art. 217 § 3 k.p.c.) i skutkowało oddaleniem wniosku o przeprowadzenie dowodu z przesłuchania ubezpieczonej oraz z zeznań świadków R. W., R. K. i D. Z..

Przechodząc do oceny prawnej ustalonego stanu faktycznego Sąd Okręgowy w pierwszej kolejności przytoczył treść art. 14 ustawy systemowej w relewantnym dla sprawy zakresie. Zgodnie z ust. 1 tego przepisu 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 (zastrzeżenie to nie ma znaczenia dla sprawy, gdyż ubezpieczona podlegała ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu od 2010 r.). Ust. 2 reguluje z kolei kwestie ustania ubezpieczenia społecznego i stanowi, że ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe, o których mowa w ust. 1, ustają:

- 1) od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony;
- 2) od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie - w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących, duchownych oraz osób wymienionych w art. 7; w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, z zastrzeżeniem ust. 2a;
- 3) od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom.

Z cytowanego przepisu jednoznacznie wynika, że objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym wymaga złożenia stosownego wniosku, a wywołuje ono skutek od dnia w nim wskazanego, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony. Do ustania tego ubezpieczenia dochodzi natomiast m.in. wtedy, jeżeli składka na to ubezpieczenie nie została opłacona w terminie przez co należy rozumieć albo nieuiszczenie tej składki, albo jej zapłatę w niepełnej wysokości, albo zapłatę po upływie obowiązującego terminu.

Oznacza to po pierwsze, że bez złożenia odpowiedniego zgłoszenia nie może dojść do objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, po drugie, nie jest możliwe przystąpienie do tego ubezpieczenia w inny sposób, np. poprzez terminowe i w prawidłowej wysokości opłacanie składek i po trzecie, zgłoszenie to wywołuje skutek najwcześniej od daty jego złożenia. Treść przepisu nie daje zatem podstaw by twierdzić, że ubezpieczenie chorobowe może powstać w drodze czynności faktycznych. Do nawiązania tego stosunku ubezpieczeniowego może dojść tylko w sposób wyraźny, poprzez dokonanie zgłoszenia.

Reguła ta obowiązuje także wtedy, gdy ubezpieczenie chorobowego uprzednio ustało wskutek nieprawidłowości w opłacaniu składek. Ustawa nie ustanawia przesłanek do odmiennego traktowania sytuacji, w której zgłoszenie dokonywane jest po raz pierwsze od tej, w której ubezpieczenie chorobowe wcześniej istniało, lecz ustało wskutek nieuiszczenia składki lub jej nieprawidłowej zapłaty. Nie ma więc żadnych wątpliwości, iż pouczenie zamieszczone na stronie internetowej ZUS jakoby terminowe i w prawidłowej wysokości opłacanie składek jest równoznaczne ze zgłoszeniem się do ubezpieczenia chorobowego ewidentnie naruszało art. 14 ust. 1 ustawy systemowej. Nie skutkowało to jednak jeszcze wadliwością zaskarżonej decyzji w części objętej odwołaniem.

Na poparcie powyższego stanowiska Sąd I instancji przytoczył szereg orzeczeń zarówno Sądu Najwyższego jak i sądów powszechnych (wyrok Sądu Najwyższego z 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00, OSNP 2003/10/257, wyrok Sądu

Najwyższego z 28 listopada 2002 r., II UK 93/02, LEX nr 577471, wyrok Sądu Najwyższego z 5 grudnia 2007 r., II UK 106/07, LEX nr 346189, wyrok Sądu Najwyższego z 22 lipca 2009 r., I UK 70/09, Lex nr 529763, wyrok Sądu Najwyższego z 12 marca 2012 r. I UK 339/11, Lex nr 1212053, wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 10 stycznia 2013 r., III AUa 895/12, Lex nr 1254426; wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z 8 sierpnia 2013 r., III AUa 2186/12, Lex nr 1356504, wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z 14 maja 2014 r., III AUa 1100/13, Lex nr 1477034) dzieląc je w całości.

Odnosząc powyższe rozważania na grunt rozpoznawanej sprawy Sąd Okręgowy uznał, że ubezpieczona skutecznie zgłosiła się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego dopiero w dniu 8 lipca 2015 r. Przed tą datą, tj. w okresie od stycznia do 7 lipca 2015 r. nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu, gdyż uprzednio doszło do jego ustania, a ubezpieczona nie złożyła wniosku o objęcie jej tym ubezpieczeniem. Nie zmienia tego fakt prawidłowego opłacania składek za okres od stycznia do kwietnia 2015 r. i od czerwca 2015 r., skoro nie istniał wówczas stosunek prawny dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Sąd dostrzegł przy tym, że częściowo stanowisko to jest sprzeczne z treścią decyzji organu rentowego co do okresu od 1 stycznia do 30 kwietnia 2015 r., lecz kwestia ta nie ma znaczenia dla sprawy, skoro okres ten nie był objęty zaskarżeniem, a poza tym nie ma możliwości zmiany decyzji na niekorzyść odwołującego się.

W ocenie Sądu Okręgowego brak było podstaw do objęcia ubezpieczonej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 1 czerwca 2015 r. do 7 lipca 2015 r., zaś przywoływane przez ubezpieczoną argumenty w żadnej mierze nie podważały tego stanowiska.

Ubezpieczona w szerokim zakresie odnosiła się do uchybień popełnionych przez organ rentowych w toku postępowania administracyjnego oraz wywodziła szereg wniosków z treści pouczenia zamieszczonego na stronach internetowych ZUS. Okoliczności te nie miały jednak żadnego znaczenia. Przeciwnie ze wskazanym pouczeniem ubezpieczona zapoznała się dopiero na początku lipca 2015 r., kiedy nie było już możliwości złożenia skutecznego zgłoszenia do ubezpieczenia chorobowego od czerwca 2015 r. Podobnie, to nie błędne wyjaśnienia pracownicy ZUS w dniu 8 lipca 2015 r. spowodowały, iż ubezpieczona nie przystąpiła do ubezpieczenia chorobowego z dniem 1 czerwca 2015 r. Zasadniczy problem tkwił bowiem w tym, iż w czerwcu 2015 r. ubezpieczoną obciążały jeszcze zaległości składekowe, które uniemożliwiały jej skuteczne zgłoszenie się do ubezpieczenia chorobowego. Do ich spłaty doszło dopiero w dniu 29 czerwca 2015 r., co umożliwiło ubezpieczonej powrót do sprawy podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu na początku lipca 2015 r. (świadczyła o tym znacząca aktywność ubezpieczonej w kontaktach z ZUS w pierwszej dekadzie lipca 2015 r.).

Jak się wydaje, ubezpieczona prezentuje też stanowisko, iż gdyby nie złożyła w dniu 8 lipca 2015 r. zgłoszenia, to wówczas organ rentowy objąłby ją ubezpieczeniem chorobowym na zasadzie dorozumianej od 1 czerwca 2015 r. Abstrahując od tego, że stanowisko to opiera na prognozie, której nie można w żaden sposób zweryfikować, wskazać należy, iż postępowanie ubezpieczonej polegające na złożeniu zgłoszenia w pełni odpowiadało treści art. 14 ust. 1 ustawy systemowej, zaś jej przewidywania co do ewentualnego toku postępowania organu rentowego pozostawały w opozycji do tego przepisu. W konsekwencji, nawet gdyby przyjąć, że rachuby ubezpieczonej opierają się na dużym stopniu prawdopodobieństwa, to przecież nie mogą one modyfikować obowiązującego stanu normatywnego, który Sąd obowiązany jest zastosować.

Ubezpieczona podnosiła też, iż w niniejszej sprawie powinien zostać zastosowany art. 5 k.c. Do złagodzenia rygorów prawa ubezpieczeń społecznych nie stosuje się jednak ani art. 5 k.c., ani art. 8 k.p., bo przepisy prawa ubezpieczeń społecznych mają charakter przepisów prawa publicznego. Stosowanie konstrukcji nadużycia prawa w prawie ubezpieczeń społecznych spotyka się więc ze zdecydowanym sprzeciwem. Prawo to cechuje się ścisłością regulacji i schematyzmem, co zapewnia zachowanie formalnej równości ubezpieczonych oraz daje gwarancję ochrony ich interesów. Taka metoda unormowania wyklucza możliwość uzależniania prawa do świadczeń ubezpieczeniowych od swobodnych decyzji organów rentowych lub ocen sędziowskich. Prowadziłoby to bowiem do podważenia podstawowej dla prawa ubezpieczeń społecznych zasady, iż uzyskanie prawa do świadczenia uzależnione jest od spełniania ściśle określonych przesłanek (zob. np. wyrok Sądu Najwyższego z 19 czerwca 1986 r., II URN 96/86, Służba Pracownicza

1987, nr 3; wyrok z 29 października 1997r., II UKN 311/97, OSNAPiUS 1998/15/465; wyrok z 26 maja 1999r., II UKN 669/98, OSNAPiUS 2000/15/597 – notka; wyrok z 12 stycznia 2000r., II UKN 293/99, OSNAPiUS 2001/9/321 – notka; wyrok z 8 grudnia 2005 r., I UK 104/05, M.P.Pr. 2006/4/217; wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 3 września 1998 roku, III AUa 200/98, OSA 1999/5/27; wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 10 czerwca 2008 r., III AUa 480/08, OSAB 2008/2-3/63, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 października 2008 r., II UK 71/08, OSNP 2010/7-8/104 i szereg innych).

W żaden sposób nie zmienia tego stanowiska przywoływany przez ubezpieczoną wyrok Sądu Najwyższego z 20 maja 2013 r., I UK 608/12 (k. 65-80 akt). Wyrok ten dotyczył zupełnie innego zagadnienia prawnego, a mianowicie uregulowanego w art. 6 ust. 3 ustawy z 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. z 2015 r., poz. 1242 ze zm.) przedawnienia prawa do świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego z uwagi na występowanie na koncie ubezpieczonego niezdolnego zadłużenia składkowego. Wpisywał się on w utrwalony nurt orzecznictwa, który pozwalał na przyjęcie, iż organ rentowy dopuszcza się nadużycia prawa gdy powołuje się na występowanie zadłużenia składkowego w sytuacji, w której wcześniej wystawiał zaświadczenia o niezaleganiu z zapłatą składek.

Na podstawie tego kierunku orzeczniczego nie można jednak konstruować zbyt daleko idących wniosków. Odnosi się on do kwestii przedawnienia, a więc zagadnienia na styku prawa ubezpieczeń społecznych i prawa cywilnego. Od dawna toczy się natomiast dyskusja jak dalece można sięgać do przepisów prawa cywilnego, jeżeli pewne instytucje są wspólne dla obu dziedzin prawa, a w prawie ubezpieczeń społecznych brak stosownych regulacji prawnych. Sąd Najwyższy wyjątkowo uznał, że na tle art. 6 ust. 3 ustawy wypadkowej jest możliwe zastosowanie konstrukcji nadużycia prawa, wspierając swe stanowisko argumentacją wywodzoną z przepisów kodeksu postępowania administracyjnego (zob. szerzej A. Kurzych, Przedawnienie prawa do świadczeń z tytułu wypadku przy prowadzeniu działalności pozarolniczej. Monitor Prawa Pracy 2011/9). Zapatrywanie to nie jest może być jednak wprost przetransponowane na grunt niniejszej sprawy. Wynika to z zupełnej nieadekwatności jej problematyki do zagadnień analizowanych przez Sąd Najwyższy w przywołanym wyroku.

Gdyby jednak nawet odwołać się do art. 5 k.c. to wskazać należy, iż nie wiadomo na czym miałyby polegać nadużycie prawa przez organ rentowy. Jak się wydaje ubezpieczonej chodziło o to, iż pracownica ZUS obiecała jej, że organ rentowy będzie procedował przy wykorzystaniu konstrukcji domniemanego zgłoszenia do ubezpieczenia chorobowego, a więc z naruszeniem art. 14 ust. 1 ustawy systemowej, lecz później okazało się, że postępowanie organu rentowego przynajmniej w najważniejszej dla sprawy części odpowiadało treści tego przepisu, zaś poprzez art. 5 k.c. ubezpieczona dążyła do wymuszeniu zastosowania się przez organ rentowy do tej obietnicy. Taki koncept nie może oczywiście zyskać akceptacji, gdyż sam w sobie stanowi on propozycję nadużycia prawa.

W tym stanie rzeczy Sąd Okręgowy w Toruniu na podstawie cytowanych wyżej przepisów prawa materialnego oraz w oparciu o art. 477¹⁴ §1 k.p.c. oddalił odwołanie, uznając je za bezzasadne.

Apelację od wyroku wywiodła ubezpieczona zaskarżając go w całości. Zarzucając błąd w ustaleniach faktycznych, polegających na przyjęciu, że z informacją zamieszczoną na stronie internetowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych dotyczącą zasad podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu zapoznała się w lipcu 2015r., w sytuacji, gdy zapoznała się z tymi informacjami już w maju 2015 r. naruszenie przepisów postępowania, które miało wpływ na wynik sprawy, tj. a) art. 217 §1 k. p. c. w zw. z art. 227 k.p.c. art. 232 k. p. c. poprzez ich niezastosowanie i nieprzeprowadzenie dowodu z przesłuchania ubezpieczonej oraz świadków R. W., K. K. i D. Z., co spowodowało poczynienie przez Sąd I instancji błędnych ustaleń faktycznych - w zakresie daty pozyskania przez ubezpieczoną informacji dotyczącej zasad podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu oraz oparcie się w wydanym wyroku przez Sąd I instancji w zakresie ustaleń faktycznych dotyczących tej okoliczności na oświadczeniu pełnomocnika ubezpieczonej, które nie jest w świetle procedury cywilnej dowodem, b) art.233 k. p. c. w zw. z art.227 k. p. c. poprzez brak wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego i dokonania jego oceny z pominięciem istotnej jego części, tj. ustalenie przez

Sąd 1 instancji treści pouczeń przedstawianych ubezpieczonej, a mimo to wyciągnięcie wobec niej negatywnych konsekwencji (w postaci oddalenia odwołania) - mimo, że ubezpieczona działała zgodnie z pouczeniami

Zarzuciła również naruszenie prawa materialnego, tj. a) art. 14 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, poprzez niezastosowanie do sytuacji ubezpieczonej wykładni prezentowanej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych tego przepisu i ustalenie, że objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tym ubezpieczeniem, nie wcześniej jednak niż od dnia w którym wniosek został zgłoszony, w sytuacji gdy wykładnia tego przepisu prezentowana i stosowana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych określa, że w przypadku niezłożenia wniosku na dokumencie ZUS ZUA za wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym uznanie się również fakt rozliczenia składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe i ich opłacenie, o ile nastąpiło to w terminie i w pełnej wysokości oraz, że dla potwierdzenia tego faktu objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym osoba ta powinna przekazać odpowiednie dokumenty zgłoszeniowe, b) naruszenie art. 14 ust. 1 w zw. z art. 123 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych w zw. z art. 7,8,9 i 11 kodeksu postępowania administracyjnego poprzez ich niezastosowanie przy wydaniu zaskarżonego wyroku i nieuwzględnienie przez Sąd I instancji, że wydając zaskarżony wyrok Sąd winien mieć na uwadze, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydając decyzję wobec ubezpieczonej winien kierować się tym, że w toku postępowania organy administracji publicznej stoją na straży praworządności, z urzędu lub na wniosek stron podejmują wszelkie czynności niezbędne do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego oraz do załatwienia sprawy, mając na względzie interes społeczny i słuszny interes obywateli oraz że organy administracji publicznej prowadzą postępowanie w sposób budzący zaufanie jego uczestników do władzy publicznej, organy administracji publicznej są obowiązane do należytego i wyczerpującego informowania stron o okolicznościach faktycznych i prawnych, które mogą mieć wpływ na ustalenie ich praw i obowiązków będących przedmiotem postępowania administracyjnego oraz pominięcie przy wydaniu zaskarżonej decyzji. że organy czuwają nad tym, aby strony i inne osoby uczestniczące w postępowaniu nie poniosły szkody z powodu niezajomości prawa, i w tym celu udzielają im niezbędnych wyjaśnień i wskazówek, oraz nieuwzględnienie przez organ wydający zaskarżoną decyzję tego, że organy administracji publicznej powinny wyjaśniać stronom zasadność przesłanek, którymi kierują się przy załatwieniu sprawy. aby w ten sposób w miarę możliwości doprowadzić do wykonania przez strony decyzji bez potrzeby stosowania środków przymusu. art. 5 k. c. w zw. z art. 14 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych i jego niezastosowaniu, tj. przyjęcie przez Sąd wykładni art. 14 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych w sposób ścisły, w sytuacji, gdy Zakład Ubezpieczeń Społecznych przedstawiał Ubezpieczonej szeroką wykładnię tego przepisu poprzez informację zamieszczoną na stronie internetowej oraz informację udzieloną ubezpieczonej przez pracowników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T. - w dniu 8 lipca 2015r. oraz w części w pismach Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 lipca 2015r. oraz z dnia 2 września 2015r.- tj. organ przedstawiał wykładnię dorozumianego objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z uwagi na fakt zapłacenia w terminie i w pełnej wysokości składki. Zarzut nadużycia prawa polega zmianie stanowiska przez Organ co do wykładni art. 14 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych względem ubezpieczonej oraz czerpanie korzyści przez organ po wcześniejszym wprowadzeniu w błąd ubezpieczonej - czerpanie korzyści przez organ polega na wprowadzeniu w błąd co warunków objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym i spowodowanie, że ubezpieczona opłaciła składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe a z drugiej strony odmówienie przez organ objęcia ubezpieczonej tym ubezpieczeniem.

Wskazując na powyższe ubezpieczona wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku w całości i uznanie, że podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 1 czerwca 2015r, do 7 lipca 2015 r., zasądzenie od organu na jej rzecz kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego według 6- krotnej stawki minimalnej, ewentualnie o jego uchylenie i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania z obowiązkiem przeprowadzenia dowodów zawnioskowanych powyżej oraz obowiązkiem rozstrzygnięcia o kosztach postępowania apelacyjnego, bądź skorzystanie z trybu określonego w art. 477^{14a}.

Nadto na podstawie art. 368 § 1 pkt 4 kpc w zw. z art. 382 k. p. c w zw. z art. 217 § 1w zw. z art. 227 i 232 k.p.c. w zw. z art. 241 k. p. c. w zw. z art. 162 k.p.c. apelująca wniosła o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z jej przesłuchania oraz zeznań świadków R. W., D. Z., K. K. na okoliczność daty zapoznania się z

informacją zamieszczoną przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na stronie internetowej w zakresie zasad podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, z wydruku historii przeglądu przez ubezpieczoną stron internetowych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych: na okoliczność daty zapoznania się przez ubezpieczoną z informacją przedstawianą przez organ rentowy w zakresie zasad podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

W uzasadnieniu apelacji skarżąca szczegółowo uzasadniła zarzuty apelacyjne.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w J. wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie kosztów postępowania za drugą instancję.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja wnioskodawczyni pozbawiona jest podstaw prawnych.

Na wstępie wskazać należy, że celem postępowania apelacyjnego jest ponowne rozpoznanie sprawy pod względem faktycznym i prawnym, przy czym ocena zarzutów odnoszących się do naruszenia prawa materialnego może być dokonana jedynie na podstawie prawidłowo ustalonego stanu faktycznego sprawy.

Mając na uwadze powyższe, wskazać należy, że Sąd Apelacyjny zaakceptował w całości ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji, traktując je jak własne, nie widząc w związku z tym konieczności ich ponownego szczegółowego przytaczania (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1998 r., I PKN 339/98, OSNP 1999, nr 24, poz. 776). W ocenie Sądu Apelacyjnego Sąd Okręgowy w sposób prawidłowy ustalił stan faktyczny w oparciu o zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, zaś w swych ustaleniach i wnioskach nie wykroczył poza ramy swobodnej oceny wiarygodności i mocy dowodów wynikające z przepisu art. 233 k.p.c., nie popełnił on też błędów w rozumowaniu w zakresie zarówno ustalonych faktów, jak też ich kwalifikacji prawnej, albowiem prawidłowo zinterpretował i zastosował odpowiednie przepisy prawa. Sąd Apelacyjny podziela argumenty zawarte w uzasadnieniu Sądu Okręgowego i przyjmuje je za własne.

Gwoli przypomnienia wskazać należy, że przedmiotem postępowania zarówno na etapie administracyjnego przed organem rentowym jak i w toku postępowania sądowego (zarówno przed Sądem Okręgowym jak i Sądem Apelacyjnym) jest dokonanie ustalenia w zakresie możliwości przyjęcia podlegania przez wnioskodawczynię J. W. dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 1 czerwca do 7 lipca 2015 r. Stan faktyczny ustalony przez Sąd I instancji jest w zasadzie bezsporny poza okolicznością powzięcia przez skarżącą wiedzy o pouczeniach widniejących na stronach internetowych pozwanego. Powyższe nie ma jednak istotnego znaczenia, na co prawidłowo wskazał Sąd Okręgowy. Wnioskodawczyni od 2010 r. prowadził pozarolniczą działalność gospodarczą polegającą na świadczeniu usług prawnych. Z tego tytułu podlegała obligatoryjnie ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu i wypadkowemu, zgłosiła się również do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Oceniając zasadność apelacji ubezpieczonej (a wcześniej odwołania od decyzji organu rentowego) nie można tracić z pola widzenia zasad podlegania ubezpieczeniom chorobowym osób prowadzących działalność gospodarczą uregulowanych w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczenia społecznych (dalej: ustawa systemowa, ustawa sus).

Wskazać należy, że zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2009 r., Nr 205, poz. 1585 ze zm. zwanej dalej ustawą s.u.s.) obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym podlegają osoby fizyczne, które na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej są osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność.

Dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają na swój wniosek osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8 i 10 (art. 11 ust. 2 ustawy s.u.s.).

Sposób przystąpienia i ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego reguluje art. 14 ustawy s.u.s. prawidłowo przywołany przez Sąd I instancji. Art. 14 ust. 1 stanowi, 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, z zastrzeżeniem ust. 1a. W myśl art. 14 ust. 1a ustawy s.u.s. 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 ustawy czyli siedmiu dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia.

Zgodnie z art. 14 ust. 2 ustawy s.u.s. ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe, o których mowa w ust. 1, ustają:

1) od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony;

2) od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie - w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących, duchownych oraz osób wymienionych w art. 7; w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, z zastrzeżeniem ust. 2a;

3) od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom.

Z przywołanego przepisu prawa, mającego charakter bezwzględnie obowiązującego, wynika, że do powstania stosunku prawnego dobrowolnego ubezpieczenia niezbędny jest wniosek ubezpieczonego. W przypadku dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego wymagany jest dodatkowy warunek, by wniosek został zgłoszony w terminie 7 dni od powstania obowiązku ubezpieczenia emerytalnego i rentowych (art. 36 ust. 4 ustawy s.u.s.).

Na powyższy obowiązek wskazał Sąd Okręgowy.

Zarówno w orzecznictwie Sądu Najwyższego, jak i sądów powszechnych ugruntowana jest już wykładnia art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy s.u.s. - opóźnienie w opłaceniu składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe powoduje ustanie ubezpieczenia, dobrowolny tytuł ubezpieczenia społecznego ustaje zatem z mocy prawa od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie należnej na to ubezpieczenie składki. Ustawodawca wyraźnie uznał, że nieopłacenie przez ubezpieczonego w terminie należnej składki stanowi jego rezygnację z tego rodzaju ubezpieczenia. Wydanie decyzji przez organ rentowy nie jest w tej materii konieczne - decyzja taka ma bowiem charakter jedynie deklaracyjny nie zaś konstytutywny. Ponowne objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami społecznymi, w tym chorobowym, wymaga złożenia przez zainteresowanego nowego wniosku. Przepis art. 14 ustawy systemowej, jak wcześniej podkreślono, ma charakter bezwzględnie obowiązujący i jakakolwiek odmienna interpretacja nie jest dopuszczalna. Za przystąpienie do dobrowolnego ubezpieczenia w tym chorobowego, czy też za jego kontynuację (po ustaniu z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia) nie może zostać uznane samo opłacanie składek na dobrowolne ubezpieczenie społeczne. Ustawodawca wymaga, czego zdaje się nie zauważać skarżąca, dla skutecznego objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem złożenia przez zainteresowanego stosownego wniosku, i to wniosku wyraźnego, jednoznacznego. Wystarczającym nie zatem opłacanie składek przez zainteresowanego oraz przyjmowanie ich 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; wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 10 stycznia 2013 r., III AUa 895/12, LEX nr 1254426), które Sąd Apelacyjny w niniejszym składzie w pełni podziela.

Zwrócić należy również uwagę na wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 marca 2012 r., I UK 339/11, OSNP 2013/5-6/68, 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 motywach rozstrzygnięcia Sąd Najwyższy wskazał, że na gruncie przepisów ustawy systemowej 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. 300 k.p. stosować odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego. Wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym musi być wyraźny i jednoznaczny, nie jest wystarczające samo opłacanie przez zainteresowanego składek na to ubezpieczenie oraz przyjmowanie tych składek przez organ rentowy. 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 o systemie ubezpieczeń społecznych). 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).

Słusznie wskazał Sąd Okręgowy na wadliwość stanowiska organu rentowego przyjmującego, że ubezpieczona – w sposób dorozumiany poprzez terminowe opłacenie składek – podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 1 stycznia do 30 kwietnia 2015 r. Po ustaniu z mocy prawa dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w 2014 r. J. W. dopiero 8 lipca 2015 r. złożył wniosek o objęcie jej tym ubezpieczeniem. Nie było przy tym podstaw do objęcia skarżącej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od 1 czerwca 2015 r. z uwagi na brak przesłanek prawnych i jednoznacznej regulacji art. 14 ust. 1 ustawy sus.

Apelacja ubezpieczonej w istocie dąży do wykazania, że - jako osoba ubezpieczona z tytułu prowadzenia bez przerw pozarolniczej działalności gospodarczej - od 2010 r. nie miała w istocie obowiązku zgłaszać ponownego wniosku o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od 1 czerwca 2013 r. w sytuacji, gdy składka na to ubezpieczenie została opłacona w całości i wymaganym terminie .

Stanowisko takie nie znajduje uzasadnienia w obowiązujących przepisach ustawy systemowej o czym była mowa wyżej. Z jednoznacznego, wyraźnego brzmienia przepisu art. 14 ust 1 ustawy systemowej wynika, że nie jest możliwe objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem w tym także chorobowym, od wcześniejszej daty, niż data w której wniosek został zgłoszony. W przypadku odwołującej nie ma zaś zastosowania przepis art. 14 ust 1a w/w ustawy systemowej.

W obszernej apelacji ubezpieczona podkreślała, że stosowanie się do pouczeń, informacji umieszczanych na stronie internetowej organu rentowego, udzielonych jej przez pracownicę pozwanego (a przyznanych przez pełnomocnika ZUS na rozprawie), dotyczących zasad podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, nie powinny wywoływać negatywnych dla niej skutków. Zdaniem skarżącej, skoro organ rentowy przedstawia taką a nie inną wykładnię wskazanego przepisu prawa to powinien być wobec niej konsekwentny a Sąd winien czuwać, by pozwany był w tym zakresie konsekwentny. To właśnie informacja zamieszczona na stronie internetowej pozwanego, który spowodowała, że odstąpiła od złożenia wniosku o objęcie ubezpieczeniem w czerwcu 2015 r. Podkreśliła, że na organie rentowym jako organie administracji publicznej spoczywa obowiązek dbałości nie tylko o realizację interesu prawnego ale i słuszych interesów ubezpieczonych, którym powinien udzielać wszelkich niezbędnych informacji czuwać nad tym by nie poniosły szkody z uwagi na niezajomość prawa, zaś Sąd działania te powinien oceniać przez pryzmat przepisów art. 7-9 i 11 k.p.a. Ze stanowiskiem tym zgodzić się nie można. Uszło uwadze apelującej, że po wniesieniu odwołania od decyzji organu rentowego i przeniesieniu sprawy na drogę postępowania sądowego staje się ona sprawą cywilną w rozumieniu art. 1 k.p.c. i podlegającą rozpoznaniu według przepisów tego kodeksu nie zaś w oparciu o przepisy postępowania administracyjnego. Rzeczą Sądu jest wyjaśnienie okoliczności faktycznych oraz podstaw prawnych rozpoznanego roszczenia (zobowiązania). Przepisy kodeksu postępowania administracyjnego w postępowaniu sądowym nie znajdują zastosowania. Sąd Okręgowy przepisów art. 7-9 i 11 k.p.a. nie stosował (bo nie mógł) a zatem ich nie naruszył. Zauważyć, należy, że wady decyzji wynikające z naruszeń przepisów postępowania przed organem rentowym pozostają zasadniczo poza zakresem jego rozpoznania (por. wyrok Sądu Najwyższego z

dnia 8 stycznia 2014 r. II UK 242/13, wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku 2015 r. sygn. akt. III AUa 760/15 LEX nr 1934521).

Przepis art. 14 ust. 1 ustawy systemowej jest przepisem precyzyjnym, jak zaznaczyła to ubezpieczona, nie może zatem skarżąca powoływać się na interpretację tegoż przepisu dokonaną przez organ rentowy. Powoływanie się na obowiązek organu rentowego udzielania stronom niezbędnych informacji by nie poniosły szkody z powodu nieznajomości prawa wydaje się być nieporozumieniem. Ubezpieczona, co jest okolicznością niesporną, jest prawnikiem, prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą polegającą na świadczeniu usług prawnych (kancelarię adwokacką), co obliguje ją nie tylko do znajomości prawa ale także właściwej ich interpretacji (). Przerzucanie odpowiedzialności na organ rentowy za własne zaniedbania nie znajduje akceptacji Sądu. Nie do zaakceptowania jest także pogląd ubezpieczonej, by Sąd orzekał wbrew bezwzględnie obowiązującej normie prawnej. Apelująca – czego zdaje się nie zauważać – powinna działać zgodnie z obowiązującym prawem (jako przedsiębiorca, adwokat), nie zaś pouczeniem, informacją organu rentowego (choćby były błędne) - ignorantia iuris nocet.

W ocenie Sądu Apelacyjnego w rozpoznawaniu sprawie Sąd Okręgowy nie naruszył przepisów kodeksu postępowania cywilnego tj. art. 217 § 1 w zw. z art. 227, art. 232 i art. 233, dokonał bowiem wszechstronnej oceny zebranego materiału dowodowego i poddał go ocenie prawnej. Nie zachodziła konieczność przeprowadzenia postępowania dowodowego celem ustalenia daty pozyskania przez ubezpieczoną informacji dotyczącej zasad podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z uwagi na jego nieistotność w świetle regulacji art. 14 ust. 1 ustawy systemowej. Zasadnym było zatem oddalenie tych wniosków dowodowych (przesłuchanie ubezpieczonej i świadków na tę okoliczność) przez Sąd Okręgowy a w postępowaniu odwoławczym przez Sąd Apelacyjny.

Nie doszło również do naruszenia przez Sąd I instancji przepisu art. 5 k.c. Jak słusznie podkreślił Sąd w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych, mających charakter przepisów prawa publicznego, powoływanie się na nadużycie prawa, zasady współżycia społecznego jest niedopuszczalne. Stanowisko to jest ugruntowane w orzecznictwie sądów (przykładowo przywołanych przez Sąd I instancji) i doktrynie.

Reasumując Sąd Apelacyjny uznał zaskarżone orzeczenie za trafne. W stanie prawnym, w którym ustawodawca przyjął pierwszeństwo woli osoby posiadającej tytuł do podjęcia decyzji w przedmiocie podlegania ubezpieczeniu dobrowolnemu określił jednocześnie pewne zasady czasowe, których niespełnienie nie rodzi powstania uprawnień w żądanym przez nią terminie. A niewątpliwie wymogów czasowych w zgłoszeniu wniosku w przedmiocie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego wnioskodawczyni nie spełniła. W każdym bowiem przypadku ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego ponowne nim objęcie wymaga złożenia nowego wniosku. Samo opłacenie składek (bez wdawania się w rozpatrywanie w jakiej wysokości) nie stanowi o trwaniu wygasłego ubezpieczenia. Brak jest również podstaw pozwalających na przyjęcie jako zasadnej tezy o objęciu dobrowolnym ubezpieczeniem w sposób dorozumiany poprzez brak odpowiedniego odniesienia do norm zawartych w kodeksie cywilnym.

W konsekwencji powyższych rozważań Sąd odwoławczy uznał, że zarzuty apelującej są nieuzasadnione, a zatem wyrok Sądu Okręgowego odpowiada prawu.

Orzeczenie Sądu Apelacyjnego znajduje swoją podstawę prawną w treści przywołanego przepisu prawa i art. 385 k.p.c.

SSA Bożena Grubba SSA Małgorzata Gerszewska SSA Aleksandra Urban