

Sygn. akt III AUa 865/16

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 27 października 2016 r.

Sąd Apelacyjny - III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Gdańsku

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Maria Sałańska - Szumakowicz (spr.)
Sędziowie:	SA Lucyna Ramlo SA Michał Bober
Protokolant:	sekr.sądowy Agnieszka Makowska

po rozpoznaniu w dniu 27 października 2016 r. w Gdańsku

sprawy M. S.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B.

o podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu

na skutek apelacji M. S.

od wyroku Sądu Okręgowego w Bydgoszczy VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 14 marca 2016 r.,
sygn. akt VI U 1906/15

oddala apelację.

SSA Lucyna Ramlo SSA Maria Sałańska - Szumakowicz SSA Michał Bober

Sygn. akt III AUa 865/16

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 29 czerwca 2015 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych stwierdził, że M. S.:

podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność:

- od 2005-10-01 do 2011-01-31
- od 2011-03-01 do 2011-03-31
- od 2011-05-01 do 2011-12-31
- od 2012-02-01 do 2012-08-24

- od 2012-09-01 do 2013-02-11
- od 2013-03-01 do 2013-10-03
- od 2014-11-01

nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą:

- od 2011-02-01 do 2011-02-28
- od 2011-04-01 do 2011-04-30
- od 2012-01-01 do 2012-01-31
- od 2012-08-25 do 2012-08-31
- od 2013-02-12 do 2013-02-28
- od 2014-10-03 do 2014-10-31.

Odwołanie od powyższej decyzji w części dotyczącej rozstrzygnięcia, że M. S. nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą od dnia 03 października 2014 r. do dnia 31 października 2014 r., wniosła ubezpieczona domagając się: zmiany zaskarżonej decyzji poprzez orzeczenie, że ubezpieczona podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą w okresie od dnia 03 października 2014 r. do dnia 31 października 2014 r.

W uzasadnieniu odwołania wskazano, że ubezpieczona w okresie od dnia (...) r. do dnia 02 października 2014 r. przebywała na zasiłku macierzyńskim i dnia 03 października 2014 r. ponownie przystąpiła do ubezpieczeń społecznych, w tym dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

Składka została wniesiona w terminie, lecz w niższej wysokości albowiem ubezpieczona uważała, że po okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego uiszcza składkę w wysokości obniżonej, jak po zasiłku chorobowym. Po ustaleniu tego błędu sporządzono deklarację korygującą oraz brakującą część kwoty uzupełniono wraz z odsetkami.

Z tego względu – zdaniem odwołującej się – istnieje przesłanka do przywrócenia terminu płatności na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc październik 2014 r.

W odpowiedzi na odwołanie ubezpieczonej organ rentowy wnosił o jego oddalenie i zasądzenie od odwołującej się na swoją rzecz zwrotu kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych, powołując argumentację przedstawioną w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji.

Zaskarżonym w przedmiotowym postępowaniu wyrokiem Sąd Okręgowy oddalił odwołanie ubezpieczonej. Rozstrzygnięcie Sąd I instancji oparł o następujące ustalenia faktyczne oraz rozważania prawne:

M. S. od 2006 albo 2007 r. prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą polegającą na sprzedaży obuwia we własnym sklepie. W dniu (...) urodziła dziecko i z tego tytułu pobierała ona zasiłek macierzyński w okresie od dnia (...) r. do dnia 02 października 2014 r.

Po upływie okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego M. S. dopiero w dniu 04 grudnia 2014 r. zgłosiła wniosek o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym na druku ZUS ZUA.

W ocenie Sądu I instancji spór w rozpoznawanej sprawie dotyczył tego czy ubezpieczona podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od dnia 03 października 2014 r. do dnia 31 października 2014 r.

Sąd Okręgowy powołując się na regulacje ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych wskazał, że osoba prowadząca pozarolniczą działalność, która (tak jak powódka) pobierała zasiłek macierzyński, podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego.

Natomiast po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego osoba prowadząca pozarolniczą działalność podlega obowiązkowo z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym natomiast ubezpieczeniu chorobowemu tylko dobrowolnie na swój wniosek.

Skoro odwołująca wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności zgłosiła na druku (...) dopiero dnia 04 grudnia 2014 r. (okoliczność niesporna między stronami, przyznana przez ubezpieczoną w czasie jej przesłuchania), a deklarację rozliczeniową na druku ZUS P DRA obejmującą składki na ubezpieczenie chorobowe w dniu 06 listopada 2014 r., to nie złożyła ona wniosku o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym w terminie umożliwiającym objęcie tym dobrowolnym ubezpieczeniem w okresie spornym. Okres ten przypadał, bowiem przed dniem zgłoszenia wniosku o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, nawet przy założeniu, iż w sposób dorozumiany wniosek taki ubezpieczona złożyła skutecznie poprzez złożenie w dniu 06 listopada 2014 r. w ZUS deklaracji rozliczeniowej ZUS P DRA obejmującej także część składek na ubezpieczenie chorobowe.

Istotna dla rozstrzygnięcia sprawy okoliczność dotyczyła w ocenie Sądu Okręgowego nie tyle opłacenia składek na ubezpieczenie chorobowe we właściwej wysokości (choć ubezpieczona nie kwestionowała, iż składki zostały tak właśnie opłacone za miesiąc październik 2014 r.), ile kwestii złożenia wniosku o objęcie jej tym ubezpieczeniem od dnia 03 października 2014 r., a więc od dnia następującego bezpośrednio po dniu zakończenia pobierania przez nią zasiłku macierzyńskiego.

Od dnia 03 października 2014 r. ubezpieczona podlegała, bowiem ponownie obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym. Natomiast dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu mogła ona podlegać na swój wniosek – zgodnie z art. 11 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, przy czym wniosek taki złożyła na druku ZUS ZUA dopiero dnia 04 grudnia 2014 r.

Zakwalifikowanie złożonej przez ubezpieczoną w ZUS w dniu 06 listopada 2014 r. deklaracji rozliczeniowej na druku ZUS P DRA, jako wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym nie może zdaniem Sądu I instancji spowodować skutecznego pod względem prawnym objęcia jej tym ubezpieczeniem albowiem okres sporny – od dnia 03 do dnia 31 października 2014 r. przypada przed złożeniem także i tego wniosku.

Dodatkowo Sąd Okręgowy wyeksponował, iż w orzecznictwie podkreśla się konieczność opłacania składek na ubezpieczenia społeczne (w tym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe) w terminie i we właściwej wysokości.

Jeżeli prowadząc działalność gospodarczą nie jest w stanie wywiązać się z obowiązku terminowego opłacenia należnych składek, to nie musi do tego ubezpieczenia przystąpić, albowiem w tym przypadku jest ono dobrowolne. W konsekwencji już samo uchybienie w płatności składek ma ten skutek, że z mocy prawa wygasa dobrowolne ubezpieczenie chorobowe od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie. Ten sam skutek ma opłacenie w terminie niepełnej wysokości należnej składki. Określenie „składki należnej” nie jest przypadkowe, gdyż odnoszący się do składki przymiotnik oznacza, że chodzi o należną składkę, czyli pełną składkę, a więc nie wystarcza jej część. Należna składka to ta, która powinna być zapłacona. Jeżeli składka nie jest należna, a więc mniejsza niż należna, to dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje z mocy ustawy.

Sąd Okręgowy podkreślił, że płaszczyzna sporu dotyczyła kwestii objęcia ubezpieczoną dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym bezpośrednio po okresie pobierania przez nią zasiłku macierzyńskiego. Natomiast bezpośrednio po

ustaniu okresu zasiłku macierzyńskiego nie zgłosiła ona w organie rentowym wniosku o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Wniosku takiego w okresie od dnia 03 do dnia 31 października 2014 r. po prostu nie złożyła, wychodząc z błędnego założenia, iż jest to zbędne. W tym okresie podlegała wprawdzie obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności.

Sąd I instancji dostrzegł, że twierdzenia odwołującej, iż to osoba prowadząca biuro rachunkowe i świadcząca na jej rzecz usługi m.in. w zakresie rozliczeń z ZUS spowodowała uiszczenie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w niewłaściwej wysokości nie zostało w toku procesu udowodnione. Na okoliczność tę ubezpieczona nie zgłosiła dowodów, a zgodnie z art. 232 k.p.c. to strony obowiązane są wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne.

Apelację od wyroku Sadu Okręgowego wywiodła ubezpieczona M. S., zaskarżając rozstrzygnięcie Sądu I instancji w całości, zarzucając mu naruszenie prawa materialnego przez jego błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie, w szczególności art. 11 ust. 1 i art. 14 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez przyjęcie, że ubezpieczona nie jest objęta dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu oraz przekroczenie swobodnej oceny dowodów tj. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez uznanie, że do nawiązania stosunku dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego konieczne jest złożenie ponownego wniosku pomimo faktu, że ubezpieczona wcześniej była na zasiłku macierzyńskim.

Wskazując na powyższe zarzuty ubezpieczona wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez stwierdzenie, że ubezpieczona M. S. podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 03 października 2014 roku do dnia 31 października 2014 roku, o zasądzenie od organu rentowego na rzecz ubezpieczonej kosztów procesu według norm przepisanych, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazania sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpatrzenia - przy uwzględnieniu kosztów postępowania odwoławczego.

W uzasadnieniu wywiezionej apelacji M. S. stwierdziła, że z argumentacją Sądu I instancji nie sposób się zgodzić albowiem bezspornym jest, że ubezpieczona do dnia od dnia (...) roku do dnia 02 października 2014 roku przebywała na zasiłku macierzyńskim.

W dniu 03 października 2014 roku po okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego ponownie rozpoczęła pozarolniczą działalność i w dniu 06 listopada 2014 roku złożyła deklarację ZUS P DRA, gdzie objęto także część składek za dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Składki zostały opłacone w terminie. W deklaracji wskazano część składki albowiem z powodu choroby dziecka ubezpieczonej ubezpieczona od dnia 21 października 2014 roku do dnia 14 listopada 2014 roku opiekowała się dzieckiem i z tego też tytułu wystąpiła do organu rentowego o zasiłek opiekuńczy. Z tego też powodu mogła dokonać pomniejszenia części składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe.

Apelująca argumentowała, iż w skoro wcześniej podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu tj. do czasu rozpoczęcia pobierania zasiłku macierzyńskiego to tym samym po zakończeniu okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego mogła uznać, że przystępując do dalszego prowadzenia pozarolniczej działalności nadal jest objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Z tego też względu deklaracja w przedmiocie przystąpienia do tegoż ubezpieczenia nie została zgłoszona w dniu 03 października 2014 roku zaś w dniu 06 listopada 2014 roku została złożona deklaracja rozliczeniowa obejmująca również składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, dopiero wskutek informacji uzyskanej od organu rentowego pismem datowanym z dnia 29 listopada 2014 roku.

W odpowiedzi na apelację M. S. Zakład Ubezpieczeń Społecznych wniósł o jej oddalenie oraz o zasądzenie na rzecz organu rentowego kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu ZUS stwierdził, iż zaprezentowane w apelacji wywody są wyłącznie wyrazem niezadowolenia ubezpieczonej z rozstrzygnięcia Sądu Okręgowego w Bydgoszczy.

Organ rentowy w całej rozciągłości zgadza się z ustaleniami Sądu Okręgowego w Bydgoszczy zawartymi w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku. W uzasadnieniu tym Sąd I instancji w sposób jasny i wyczerpujący przedstawił przepisy prawa materialnego mające zastosowanie w niniejszej sprawie, a także dokonał ich prawidłowej subsumpcji. Sąd Okręgowy wyraźnie wskazał, jakie są kwestie sporne pomiędzy stronami oraz podał, jaka jest podstawa prawna rozstrzygnięcia, co w opinii organu rentowego dokonane zostało w sposób prawidłowy i nie budzący wątpliwości.

W opinii organu rentowego argumenty podniesione w apelacji stanowią w rzeczywistości polemikę prawidłowym rozstrzygnięciem zawartym w zaskarżonym wyroku Sądu Okręgowego i stanowią wyraz niezadowolenia Ubezpieczonej z wyniku postępowania.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja ubezpieczonej M. S. nie jest zasadna.

Na wstępie Sąd odwoławczy podkreśla, 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.

W pierwszej kolejności należy, zatem odnieść się do zarzutów apelacji dotyczących naruszenia przez Sąd Okręgowy zasad postępowania. Trzeba, bowiem mieć na względzie, że tylko niewadliwe ustalenia faktyczne mogą być podstawą prawidłowego zastosowania norm prawa materialnego.

Podkreślenia wymaga, że Sąd drugiej instancji rozpoznający sprawę na skutek apelacji nie jest związany przedstawionymi w niej zarzutami dotyczącymi naruszenia prawa materialnego, wiążą go natomiast zarzuty dotyczące naruszenia prawa procesowego, w granicach zaskarżenia bierze jednak z urzędu pod uwagę nieważność postępowania.

Oznacza to, że sąd drugiej instancji nie może z urzędu wziąć pod rozwagę uchybień przepisom prawa procesowego nieobjętych zarzutami apelacji. Obowiązkiem tego sądu jest rozpoznanie podniesionych w apelacji zarzutów odnoszących się do przepisów postępowania (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 07 kwietnia 2011 r., I UK 357/10, Lex nr 863946 oraz uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego, mająca moc zasady prawnej z dnia 31 stycznia 2008 r., sygn. akt III CZP 49/07, OSNC 2008 Nr 6, poz. 55).

Przechodząc do badania zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Sąd odwoławczy stwierdza, iż według jednolitego stanowiska judykatury i doktryny, możliwość zakwestionowania oceny dowodów w postępowaniu apelacyjnym jest ograniczona i sprowadza się wyłącznie do sytuacji, w których skarżąca jest w stanie wykazać, że ocena dokonana przez Sąd I instancji była rażąco wadliwa lub oczywiście błędna.

W ocenie Sądu Apelacyjnego nie ma racji apelująca zarzucając, że Sąd Okręgowy naruszył zasadę swobodnej oceny dowodów. Według utrwalonego orzecznictwa sądowego błędna ocena dowodów polega na wyprowadzeniu z dowodów wniosków niedających się pogodzić z ich treścią oraz na formułowaniu ocen - bez rozważenia całości zebranego w sprawie materiału, a także ocen sprzecznych z zasadami doświadczenia życiowego i logicznego rozumowania.

Do naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c. dochodzi w związku z powyższym tylko wówczas, gdy strona apelująca wykaże Sądowi pierwszej instancji uchybienie podstawowym regułom służącym ocenie wiarygodności i mocy poszczególnych dowodów tj. regułom logicznego myślenia, zasadzie doświadczenia życiowego i właściwego kojarzenia faktów, co w niniejszej sprawie nie miało miejsca.

Tymczasem apelująca nie wyjaśniła, w czym konkretnie upatruje naruszenia przez Sąd Okręgowy przepisu art. 233 § 1 k.p.c. Analiza zgromadzonego materiału dowodowego prowadzi zaś do wniosku, że Sąd I instancji wszechstronnie rozważył cały materiał dowodowy i wysnuł z niego prawidłowe wnioski, szczegółowo ustalając stan faktyczny sprawy i dokonując dogłębnej analizy zebranego materiału dowodowego, jaki zaoferowały strony postępowania.

Apelująca w wywiedzionej apelacji nie sprecyzowała, które konkretnie z przeprowadzonych dowodów i w jakim zakresie zostały ocenione w sposób dowolny, czy też sprzecznie z innymi dowodami. Zarzuty apelacji zawierają w tym zakresie jedynie uogólnienia, co uniemożliwia Sądowi Apelacyjnemu bardziej szczegółowe odniesienie się do postawionego zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c.

Mając na uwadze powyższe, 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 05 listopada 1998 r., I PKN 339/98, OSNP 1999, Nr 24, poz. 776).

Przechodząc do zarzutów materialno - prawnych Sąd Apelacyjny stwierdza, iż stosownie do art. 11 ust. 2 w związku z art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r., o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 1442 z późn. zm.; dalej: ustawa systemowa), osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą, objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, podlegają ubezpieczeniu chorobowemu jedynie dobrowolnie, na swój wniosek.

W myśl art. 36 ust. 3 powołanej wyżej ustawy obowiązek zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy systemowej, należy do tych osób.

Zgodnie z art. 36 ust. 5 ustawy systemowej osoby, które są obejmowane ubezpieczeniami społecznymi na zasadach dobrowolności, zgłaszają wniosek o objęcie ich ubezpieczeniem w terminie przez siebie wybranym, z tym, że objęcie ich tymi ubezpieczeniami następuje od dnia wskazanego we wniosku, jednakże nie wcześniej niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony (art. 14 ust. 1 ustawy systemowej).

Wyjątek od tej zasady zawiera art. 14 ust. 1a, na podstawie którego 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, to znaczy w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia.

Ten szczególny przepis został wprowadzony w wyniku zmiany ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych od dnia 01 stycznia 2003 r. (Dz. U. z 2002 r. Nr 241, poz. 2074), a jego sens polega na ujednoczeniu chwili objęcia wszystkimi ubezpieczeniami społecznymi z mocy prawa i na zasadzie dobrowolności, jednakże tylko wtedy, gdy objęcie tymi ubezpieczeniami następuje równocześnie.

Chodzi w nim o to, że w sytuacji powstania obowiązku ubezpieczenia, osoba dokonująca zgłoszenia do ubezpieczeń obowiązkowych (zgodnie z art. 36 ust. 3 obowiązek zgłoszenia osób, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 5, należy do tych osób) winna uczynić to w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia i jeśli dochowa tego terminu i w zgłoszeniu zawrze także wniosek o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, to będzie podlegać temu ubezpieczeniu od tej samej daty, co ubezpieczeniom obowiązkowym, czyli najwcześniej 7 dni licząc wstecz od dnia dokonania zgłoszenia zawierającego wniosek o objęcie również dobrowolnym ubezpieczeniem. Wypada jednak podkreślić, że art. 14 ust. 1a ustawy systemowej znajdzie zastosowanie tylko w tym jednym przypadku.

Dobrowolne ubezpieczenie ustaje z kolei w okolicznościach wymienionych w art. 14 ust. 2 ustawy, tj.:

- 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.

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.

Przepis art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych nie powinien być niemniej traktowany z nadmiernym rygoryzmem - w tym znaczeniu, że niejako automatycznie prowadzi do wyłączenia z ubezpieczenia, bez względu na okoliczności.

Wskazana regulacja zawarta w pkt 2 zd. 2 analizowanego unormowania nie wymaga, aby dany przypadek był wyjątkowy i szczególnie uzasadniony, a przez przypadek uzasadniony rozumieć należy taki, który obiektywnie usprawiedliwia i tłumaczy, dlaczego składka nie została należycie opłacona (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 21 kwietnia 2015 r., III AUa 943/14, LEX nr 1747276). Trzeba zatem wziąć pod uwagę te szczególne wypadki, gdy z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego w danym miesiącu uiszczenie składki nie następuje.

Sąd Apelacyjny w niniejszym składzie stwierdza, iż w pełni popiera wykładnię ww. przepisów dokonaną przez Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 08 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00 (OSNP 2003 Nr 10, poz. 257), wydanym w stanie faktycznym, w którym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonego ustało z mocy prawa wskutek niedotrzymania ustawowego terminu zapłaty należnych składek na ten rodzaj ubezpieczenia. Sąd Najwyższy w przytaczanym judykacie wyjaśnił bowiem, że ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym wymaga złożenia w tym zakresie ponownego wniosku przez zainteresowanego. Wykładnia językowa art. 11 ust. 2 oraz art. 14 ust. 1 i 1a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych wskazuje na konieczność złożenia przez ubezpieczonego odpowiedniego wniosku, jako warunku objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Pogląd ten został następnie podtrzymany w wyroku z dnia 29 marca 2012 r., I UK 339/11 (OSNP 2013 nr 5-6, poz. 68), w uzasadnieniu którego Sąd Najwyższy podkreślił, że w każdym przypadku ustania tytułu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu społecznemu (art. 14 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych), ponowne objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami społecznymi wymaga złożenia nowego wniosku przez zainteresowanego, natomiast samo opłacanie składek na dobrowolne ubezpieczenie społeczne po ustaniu z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia nie powoduje dalszego trwania ochrony ubezpieczeniowej z wygasłego stosunku ubezpieczenia społecznego.

Nie można, zatem przyjąć dorozumianego oświadczenia zainteresowanego o objęcie go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, gdyż brak do tego podstaw. Samo opłacanie składek na dobrowolne ubezpieczenie społeczne po ustaniu z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia nie powoduje dalszego trwania ochrony ubezpieczeniowej z wygasłego stosunku ubezpieczenia społecznego (por.: wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 14 lutego 2013 r., sygn. akt III AUa 1132/12, publ. LEX nr 1282652, wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 10 stycznia 2013 r., sygn. akt III AUa 895/12, publ. LEX nr 1254426).

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 concludentia 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 natomiast 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).

Oplacenie składki po upływie terminu, w którym powinna być opłacona i ustanie w związku z tym dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego nie powoduje ponownego nawiązania stosunku ubezpieczenia (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 maja 2012 r., I UK 408/11), niemniej jednak w razie złożenia wniosku o przywrócenie terminu do opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie społeczne, pozytywna decyzja organu rentowego powoduje kontynuowanie dotychczasowego stosunku ubezpieczenia pod warunkiem opłacenia należnych składek, natomiast negatywna decyzja potwierdza ustanie z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia społecznego i może być zaskarżona w sądowym postępowaniu odwoławczym (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 08 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00, OSNP 2003, Nr 10, poz. 257).

Odnosząc się do okoliczności faktycznych ustalonych w niniejszej sprawie dostrzec należy, iż wnioskodawczyni wniosku o objęcie ubezpieczeniem chorobowym nie zgłosiła w pierwszym dniu następującym po okresie upływu obowiązkowego ubezpieczenia emerytalnego i rentowego z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego. Uczyniła to dopiero dnia 04 grudnia 2014 roku. Nie może, zatem domagać się w sposób skuteczny ustalenia podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia od 03 października 2014 roku (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 17 maja 2016 r. sygn. akt III AUa 49/16, publ. LEX nr 2053845).

Sąd Apelacyjny wskazuje, iż od M. S., jako przedsiębiorcy uzasadnione jest oczekiwanie stosownego poziomu profesjonalizmu i inicjatywy w zakresie rozeznania w obowiązkach dotyczących podejmowanej działalności oraz - w związku z zamiarem podlegania ubezpieczeniu chorobowemu - konsekwencji w opłatach składek na to ubezpieczenie (ignorantia iuris nocet).

To bowiem ubezpieczona, jako przedsiębiorca odpowiada za działania i zaniechania biura rachunkowego, z którego usług korzysta, jak za własne działania i zaniechania. Nie oznacza to jednak, że w żadnej sytuacji błąd biura rachunkowego (albo błąd samego płatnika składek) przy dokonywaniu wyliczenia należnej składki nie może stanowić uzasadnionej przyczyny uwzględnienia wniosku ubezpieczonego o wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie. Uwzględnienie takiego wniosku w każdej sytuacji zależy od konkretnych okoliczności indywidualnego przypadku.

Niemniej zdaniem Sądu Apelacyjnego ewentualny błąd biura rachunkowego w niniejszej sprawie nie został przez stronę wykazany, zgodnie z zasadą kontradyktoryjności. Nie sposób, bowiem poprzestać na stwierdzeniu pełnomocnika ubezpieczonej na rozprawie przed Sądem Okręgowym dnia 01 marca 2016 roku, iż: „biuro rachunkowe nawaliło, nie złożono w terminie druku ZUS ZUA, bo myślano, że jeżeli jest to powrót z urlopu macierzyńskiego, to samo uiszczenie składki spowoduje objęcie ubezpieczeniami”.

Wobec powyższego uznając roszczenie ubezpieczonej za pozbawione podstaw prawnych, o czym słusznie orzekł Sąd I instancji, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. orzekł o oddaleniu apelacji M. S., jak w sentencji wyroku.

SSA Lucyna Ramlo SSA Maria Salańska – Szumakowicz SSA Michał Bober