

Sygn. akt III AUa 483/17

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 września 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku - III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Małgorzata Gerszewska
Sędziowie:	SA Iwona Krzeczowska - Lasoń (spr.) SA Alicja Podlewska
Protokolant:	sekr. sądowy Anna Kowalewska

po rozpoznaniu w dniu 14 września 2017 r. w Gdańsku

sprawy A. Z.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T.

o ustalenie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego

na skutek apelacji A. Z.

od wyroku Sądu Okręgowego w Toruniu IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 10 stycznia 2017 r., sygn. akt IV U 2692/16

I. oddala apelację;

II. zasądza od A. Z. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T. kwotę 900 (dziewięćset 00/100) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego za II instancję.

SSA Alicja Podlewska SSA Małgorzata Gerszewska SSA Iwona Krzeczowska - Lasoń

Sygn. akt III AUa 483/17

UZASADNIENIE

Decyzją z 12 sierpnia 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, działając na podstawie art. 83 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 121, ze zm.) w zw. z art. 105 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 233 ze zm.) umorzył postępowanie administracyjne wszczęte pismem z 5 lipca 2016 r. w sprawie ustalenia obowiązku podlegania ubezpieczeniom społecznym A. Z. jako osoby prowadzącej działalność gospodarczą. W uzasadnieniu organ rentowy wskazał,

że na podstawie analizy danych zaewidencjonowanych na koncie A. Z. ustalono, iż obowiązek podlegania ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jako osoby prowadzącej działalność gospodarczą powstał ponownie od 12 maja 2016 r. Celem wyjaśnienia nieprawidłowości, pismem z 5 lipca 2016 r. Oddział ZUS poinformował ją o konieczności złożenia prawidłowych dokumentów bądź wyjaśnień w sprawie. W dniu 13 lipca 2016 r. wnioskodawczyni przekazała zgłoszenie korekty okresów podlegania ubezpieczeniom społecznym i/ lub zdrowotnemu, zgodnie z którym jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą zgłosiła się w okresie od 14 maja 2015 r. do 11 maja 2016 r. wyłącznie do ubezpieczenia zdrowotnego. Ponownie, jako osoba prowadząca poza rolniczą działalność gospodarczą, do obowiązkowych emerytalnego i rentowych zgłosiła się od 12 maja 2016 r. Dokument zgłoszeniowy przekazała 13 lipca 2016 r. tj. po obowiązującym terminie określonym w art. 36 ust. 4 ww. ustawy. W związku ze zgłoszeniem wnioskodawczyni jako osoby prowadzącej działalność gospodarczą do ubezpieczenia zdrowotnego w okresie od 14 maja 2015 r. do 11 maja 2016 r. zgodnie z art. 105 § 1 k.p.a. należało zdaniem organu rentowego umorzyć postępowanie.

Wnioskodawczyni reprezentowana przez radcę prawnego wniosła odwołanie od powyższej decyzji, wnosząc o zmianę w całości decyzji z 12 sierpnia 2016 r. i orzeczenie, że odwołująca:

- w okresie od 06.01.2013 r. do 31.10.2014 r. podlegała ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu oraz zdrowotnemu;
- w okresie od 01.11.2014 r. do 13.05.2015 r. podlegała ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu, zdrowotnemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu;
- w okresie od 14.05.2015 r. do 11.05.2016 r. podlegała ubezpieczeniu zdrowotnemu (oraz z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego z mocy samej ustawy także ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu);
- w okresie od 12.05.2016 r. podlegała ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu, zdrowotnemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Decyzją z dnia 12 października 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T. – powołując się na przepisy art. 83 ust. 1 pkt 2 oraz art. 6 ust. 1 pkt.5, art. 8 ust. 6, art. 11 ust. 2, art. 12 ust. 1, art. 13 pkt 4, art. 14 ust. 1, 1a, 2 i 3 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 121 ze zm.)) - stwierdził, że ubezpieczona podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą: od 6 stycznia 2013 r. do 13 maja 2015 r. oraz od 12 maja 2016 r., jak również podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą od 7 listopada 2014 r. do 13 maja 2015 r.

Wnioskodawczyni reprezentowana przez radcę prawnego wniosła o zmianę w całości decyzji z 12 października 2016 r. i orzeczenie, że odwołująca:

- w okresie od 06.01.2013 r. do 31.10.2014 r. podlegała ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu oraz zdrowotnemu;
- w okresie od 01.11.2014 r. do 13.05.2015 r. podlegała ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu, zdrowotnemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu;
- w okresie od 14.05.2015 r. do 11.05.2016 r. podlegała ubezpieczeniu zdrowotnemu (oraz z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego z mocy samej ustawy także ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu);

- w okresie od 12.05.2016 r. podlegała ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu, zdrowotnemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Ubezpieczona wniosła o połączenie sprawy ze sprawą prowadzoną przed Sądem Okręgowym w Toruniu o sygnaturze IV U 2692/16, w celu ich łącznego rozpoznania oraz rozstrzygnięcia.

ZUS Oddział w T. w odpowiedziach na odwołania wnosił o ich oddalenie, podtrzymując stanowiska wyrażone w zaskarżonych decyzjach.

Postanowieniem z dnia 30 grudnia 2016 r. Sąd Okręgowy postanowił połączyć sprawę z odwołania A. Z. od decyzji ZUS z dnia 12 października 2016 r. zarejestrowaną pod numerem IV U 2998/16 ze sprawą z odwołania od decyzji ZUS z 12 sierpnia 2016 r. zarejestrowaną pod numerem IV U 2692/16 i prowadzić łącznie celem wspólnego rozpoznania i rozstrzygnięcia pod sygnaturą IV U 2692/16.

Sąd Okręgowy w Toruniu – IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z dnia 10 stycznia 2017 r. oddalił odwołania, sygn. akt IV U 2692/16.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny.

Ubezpieczona A. Z. prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą od 6 stycznia 2013 r. Dokumentem zgłoszeniowym przekazanym do ZUS zgłosiła się do obowiązkowych ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i wypadkowego od tej daty. Następnie dokumentem zgłoszeniowym przekazanym dnia 7 listopada 2014 r. dokonała zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, w terminie i należnej wysokości opłaciła składki za okres od listopada 2014 r. do lutego 2015 r. W okresie od 9 lutego 2015 r. do 13 maja 2015 r. A. Z. pobierała zasiłek chorobowy, a od 14 maja 2015 r. do 11 maja 2016 r. zasiłek macierzyński. Od 12 maja 2016 r. nie zadeklarowała i nie opłaciła składek na ubezpieczenia społeczne, w tym dobrowolne chorobowe.

Po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego, w okresie od 12 maja 2016 r. ubezpieczona była niezdolna do pracy, w związku z czym zgłosiła do organu rentowego wnioski o wypłatę zasiłku chorobowego za ten okres. Organ rentowy 5 lipca 2016 r. wydał decyzję odmawiającą prawa do przedmiotowego świadczenia z uwagi na to, iż ubezpieczona nie zgłosiła się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia.

Z uwagi na fakt, iż ubezpieczona nie przekazała prawidłowych dokumentów ubezpieczeniowych za okres pobierania zasiłków macierzyńskich (brak zgłoszenia do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego), organ rentowy poinformował ją o zaistniałych nieprawidłowościach.

Dnia 14 lipca 2016 r. ubezpieczona przekazała zgłoszenie korekty okresów podlegania ubezpieczeniom społecznym i / lub ubezpieczeniu zdrowotnemu ZUS KOA.

Decyzją z 12 sierpnia 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, działając na podstawie art. 83 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 121, ze zm.) w związku z art. 105 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 233 ze zm.) umorzył postępowanie administracyjne wszczęte pismem z 5 lipca 2016 r. w sprawie ustalenia obowiązku podlegania ubezpieczeniom społecznym A. Z. jako osoby prowadzącej działalność gospodarczą. Od powyższej decyzji ubezpieczona złożyła odwołanie.

Wnioskiem z 30 sierpnia 2016 r. ubezpieczona wystąpiła o wydanie decyzji

w zakresie podlegania ubezpieczeniom społecznym, w tym dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. W efekcie, 12 października 2016 r. ZUS Oddział w T. wydał zaskarżoną decyzję w przedmiocie podlegania obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą od 6 stycznia 2013 r. do 13 maja 2015 r. oraz od 12 maja 2016 r.

Przedstawione ustalenia faktyczne Sąd I instancji dokonał w oparciu o okoliczności bezsporne, dokumenty pozyskane w toku postępowania oraz zawarte w załączonych aktach organu rentowego oraz dowód z przesłuchania ubezpieczonej A. Z.. Sąd dał wiarę wszystkim powołanym wyżej dowodom, jako że były one jasne, logiczne i zrozumiałe oraz wzajemnie się uzupełniały, tworząc spójną całość. Sąd nie znalazł podstaw do podważenia miarodajności któregokolwiek z powołanych wyżej dowodów.

Sąd Okręgowy stwierdził, że stan faktyczny w niniejszej sprawie był w zasadzie bezsporny. Zasadniczą kwestią podlegającą rozstrzygnięciu było ustalenie, czy w ustalonym stanie faktycznym ubezpieczona podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu po ustaniu okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego, tj. po 11 maja 2016 r.

Organ rentowy, na podstawie art. 1 ust. 1 oraz art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa odmówił ubezpieczonej prawa do zasiłku chorobowego z uwagi na niepodleganie przez nią w tych okresach dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Konsekwencją powyższego było także wydanie decyzji z 12 października 2016 r. stwierdzającej, że ubezpieczona podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą od 6 stycznia 2013 r. do 13 maja 2015 r. oraz od 12 maja 2016 r., jak również podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą od 7 listopada 2014 r. do 13 maja 2015 r.

Przechodząc do rozważań prawnych Sąd Okręgowy wskazał, że zgodnie z art. 11 ust. 2 ustawy systemowej 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, tj.: osoby wykonujące pracę nakładczą; osoby wykonujące pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, zwanymi dalej "zleceniobiorcami", oraz osoby z nimi współpracujące, osoby prowadzące pozarolniczą działalność oraz osoby z nimi współpracujące, osoby wykonujące odpłatnie pracę, na podstawie skierowania do pracy, w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania i duchowni.

Osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą, objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi podlegają zatem na swój wniosek zgodnie przepisem art. 11 ust. 2 w zw. z art. ust. 1 pkt 5 ustawy systemowej dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu.

Zgodnie z art. 14 ust.1 objęcie dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym, rentowymi i chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami. Ustawodawca przewidział wyjątek od wskazanej zasady wyłącznie w stosunku do osób, które terminowo dokonały zgłoszenia do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych. A zatem,

w sytuacji, kiedy zgłoszenie do obowiązkowych ubezpieczeń emerytalnego i rentowych nastąpi nie później niż w ciągu 7 dni od powstania obowiązku tych ubezpieczeń, objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku

(art. 36 ust. 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych).

W oparciu o poczynione w przedmiotowej sprawie ustalenia faktyczne Sąd I instancji wskazał, iż w przypadku dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego ubezpieczonej,

jako osoby prowadzącej pozarolniczą działalność, ubezpieczenie to ustало z datą początkową pobierania zasiłku macierzyńskiego, tj. 14 maja 2015 r. (art. 11 ust. 1 i 2 oraz art. 14 ust. 2 pkt 3 ustawy systemowej). Z treści art. 11 ust. 2 ww. ustawy, wynika bowiem,

że nie stanowi on podstawy do objęcia dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego, natomiast ubezpieczona mogła zgłosić się dobrowolnie do ubezpieczenia chorobowego jedynie w tych okresach, w których podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym (emerytalnemu i rentowym) z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności.

Na podstawie przepisu art. 9 ust. 1c ustawy systemowej Sąd Okręgowy uznał,

że osoba prowadząca pozarolniczą działalność - jak A. Z. - w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jedynie z tytułu pobierania tego zasiłku. W konsekwencji, w okresie od 14 maja 2015 r.

do 11 maja 2016 r. ubezpieczona nie podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym

z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności, a tym samym brak było tytułu do objęcia jej dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym. Tytuł taki powstał dopiero po wyczerpaniu zasiłku macierzyńskiego, czyli od 12 maja 2016 r.

Zgodnie z przepisem art. 14a ust. 1 ustawy systemowej 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, a więc w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia.

Stosownie do regulacji ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych 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. W orzecznictwie Sądu Najwyższego ugruntował się pogląd, że wykładnia językowa art. 11 ust. 2 oraz art. 14 ust. 1 i 1a ustawy systemowej wskazuje na konieczność złożenia przez ubezpieczonego odpowiedniego wniosku jako warunku objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym (porównaj: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00, OSNP 2003 nr 10, poz. 257).

Sąd I instancji stwierdził zatem, że skoro ubezpieczona w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego nie była objęta ubezpieczeniem z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności i nie korzystała z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, to po zakończeniu pobierania zasiłku (w dniu 12 maja 2016 r.) powinna dokonać zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych oraz ponownie przystąpić do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Ubezpieczona powinna jednak złożyć stosowny wniosek w terminie tygodniowym od daty zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Okręgowy podkreślił, że zgłoszenie ubezpieczonej do ubezpieczeń społecznych, w tym do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego,

czy manifestowanie woli dalszego podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu również po 11 maja 2016 r., było bez znaczenia w odniesieniu do kontynuacji ubezpieczeń społecznych, jak i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, skoro ubezpieczona

po zakończeniu okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych obowiązkowych i dobrowolnych dokonała w dniu 14 lipca 2016 r.,

a więc po upływie ustawowego terminu. Skutkować to mogło ewentualnie objęciem jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od daty zgłoszenia wniosku.

Na marginesie Sąd I instancji wskazał, że również argumentacja pełnomocnika ubezpieczonej, który powoływał się na fakt, że ZUS poinformował wnioskodawczynię

o pozytywnym rozpoznaniu wniosku i umieszczeniu takiej informacji w systemie płatnik oraz PUE, jest niezasadna. Skoro bowiem dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonej ustало z momentem nabycia prawa do zasiłku macierzyńskiego, to tym samym nie było ono zależne od jakichkolwiek czynności strony czy Zakładu

Ubezpieczeń Społecznych. Sygnalizowane przez ubezpieczoną działanie organu rentowego nie ma wpływu na ustanie ubezpieczenia, a tym samym na obowiązek złożenia nowego wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem dla jego powstania.

Sąd I instancji stwierdził, że w okresie pobierania przez ubezpieczoną zasiłku macierzyńskiego zaistniała zatem jedna z przesłanek ustania ubezpieczenia emerytalnego i rentowego oraz chorobowego, wymienionych w art. 14 ust 1 pkt 1-3 ustawy systemowej. Zgodnie z przepisem przesłanka z pkt 3 ust. 1 art. 14 ww. ustawy systemowej, ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe ustają od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom. Tytułem ustania podlegania ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym był okres pobierania przez nią od dnia 14 maja 2015 r. do 11 maja 2016 r. zasiłku macierzyńskiego.

Sąd Okręgowy wskazał jednocześnie, że nie można oprzeć się na instytucji domniemania kontynuacji ubezpieczeń społecznych oraz dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w sytuacji terminowego opłacania składek z wymienionych tytułów po ustaniu de facto tych ubezpieczeń z przyczyn wskazanych w przepisie pkt 3 ust. 1 art. 14 ww. ustawy systemowej. W wyroku z dnia 29 marca 2012 r. (I UK 339/11, OSNP 2013

nr 5-6, poz. 68) Sąd Najwyższy zaprezentował stanowisko, że 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 concludenta w stosunkach cywilnych, które reguluje prawo prywatne, a nie publiczne (podobnie orzekł Sąd Najwyższy we wcześniejszych orzeczeniach np. z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00, OSNP 2003, nr 10 poz 257). W związku z powyższym nie ma podstaw

do odpowiedniego stosowania przepisów kodeksu cywilnego do zgłoszenia wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym, a ponadto przystąpienie do ubezpieczenia społecznego nie jest czynnością prawną prawa cywilnego, do której można stosować art. 60 k.c. (tak: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 grudnia 2007 r., II UK 106/07, LEX nr 346189). Zatem wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym musi być wyraźny i jednoznaczny.

Reasumując, Sąd I instancji stwierdził, że skoro po dniu 12 maja 2016 r. ubezpieczona złożyła ponownie zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych po terminie, a co za tym idzie nie przystąpiła ponownie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, to nie podlegała we wskazanym okresie wymienionym ubezpieczeniom.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Okręgowy na mocy przepisu art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. oddalił odwołania jako bezzasadne.

Apelację od wyroku wywiodła ubezpieczona, zaskarżając go w całości i zarzucając:

I. naruszenie prawa procesowego, a mianowicie:

a) naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez:

- niepełną ocenę materiału dowodowego polegającą na pominięciu zeznań powódki, z których wynika, że jej niezaprzeczalną wolą, była kontynuacja ubezpieczenia po dniu 12.05.2016 r.
- sprzeczne z czynnikiem ideologicznym oraz doktrynalnym przyjęcie, że działania organu rentowego (udzielanie instrukcji postępowania, sugerowanie działań, w końcu zaś zapewnianie ubezpieczonej, że jej sprawa została wyjaśniona pomyślnie, podniesienie zastrzeżeń dopiero w sytuacji skierowania przez powódkę roszczenia o zapłatę zasiłku), pozostają bez znaczenia dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy;
- sprzeczne ze zgromadzonym materiałem dowodowym (zeznaniem powódki oraz aktami ubezpieczeniowymi) ustalenie, że złożony przez powódkę druk KOA stanowił ponowne, spóźnione zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych,

w sytuacji, gdy wyraźną wolą ubezpieczonej było wyłącznie uporządkowanie okresów ubezpieczeń - zgodnie z instrukcją

i zapewnieniami organu rentowego

- sprzeczne ze zgromadzonym materiałem dowodowym (zeznaniem powódki oraz aktami ubezpieczeniowymi) przyjęcie, że ubezpieczona nie złożyła wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, w sytuacji, gdy wniosek taki został złożony przez nią w dniu 07.11.2014 r. i nigdy potem nie został anulowany, wyrejestrowany;

- sprzeczne ze zgromadzonym materiałem dowodowym, zasadami logiki oraz doświadczenia życiowego przyjęcie, że nieopłacenie składek na ubezpieczenie chorobowe po dniu 12.05.2016 r. potwierdza, że powódka temu ubezpieczeniu nie podlegała, w sytuacji

gdy u ubezpieczonej wystąpiła niezdolność do pracy, będąca podstawą wniosku o wypłatę zasiłku chorobowego.

b) naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. poprzez niewskazanie przyczyn, dla których Sąd Okręgowy przyjął, że złożony przez powódkę druk KOA był ponownym zgłoszeniem do ubezpieczeń,

w sytuacji, gdy wyraźną wolą ubezpieczonej, opartą na zapewnieniach pozwanego, było wyłącznie uporządkowanie okresów ubezpieczeń.

II naruszenie prawa materialnego poprzez:

a) błędną wykładnię art. 11 ust. 2 w zw. z art. 9 ust. 1c oraz art. 36 ust. 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych z dnia 13 października 1998 r., co doprowadziło do niewłaściwego zastosowania tych przepisów. Sąd I instancji błędnie przyjął, że ubezpieczona miała obowiązek ponownego zgłoszenia się do ubezpieczenia chorobowego po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego, pomimo że wcześniej z tego ubezpieczenia się nie wyrejestrowała;

b) błędną wykładnię art. 2 oraz art. 7 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, co doprowadziło do niewłaściwego zastosowania tych przepisów. Sąd Okręgowy błędnie przyjął,

że postępowanie organu rentowego w sprawie (udzielanie instrukcji postępowania, sugerowanie działań, w końcu zaś zapewnianie ubezpieczonej, że jej sprawa została wyjaśniona pomyślnie, podniesienie zastrzeżeń dopiero w sytuacji skierowania

przez powódkę roszczenia o zapłatę zasiłku) odpowiadało wymogom demokratycznego państwa prawa oraz zasadom praworządności.

W oparciu o powyższe zarzuty ubezpieczona wniosła o zmianę zaskarżonego orzeczenia poprzez uwzględnienie w całości odwołań A. Z. od decyzji z dnia 12.08.2016 r. nr (...) oraz z dnia 12.10.2016 r. nr (...) przez orzeczenie, że odwołująca:

- w okresie od 06.01.2013 do 31.10.2014 r. podlegała ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu oraz zdrowotnemu;

- w okresie od 01.11.2014 r. do 13.05.2015 r. podlegała ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu, zdrowotnemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu;

- w okresie od 14.05.2015 r. do 11.05.2016 r. podlegała ubezpieczeniu zdrowotnemu (oraz z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego z mocy samej ustawy także ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu);

- w okresie od 12.05.2016 r. podlegała ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu, zdrowotnemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu

oraz zasądzenie na rzecz powódki kosztów postępowania za obie instancje, w tym kosztów zastępstwa procesowego przez radcę prawnego według norm przepisanych,

ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja ubezpieczonej nie zasługuje na uwzględnienie.

Na wstępie sprecyzowania wymaga przedmiot sporu w niniejsze sprawie. Mając na uwadze treść wniosków ubezpieczonej, wykraczających poza materię objętą zaskarżonymi decyzjami, uzasadnione jest bowiem przekonanie, iż kwestia ta nie jest dla strony jasna.

I tak, w pierwszej kolejności podkreślić należy, że w postępowaniu w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych - które ma charakter odwoławczy i kontrolny - postępowanie sądowe ogranicza się do sprawdzenia zgodności z prawem decyzji wydanej przez organ rentowy. Badanie takie jest możliwe tylko przy uwzględnieniu stanu faktycznego i prawnego istniejącego w chwili wydania decyzji. W postępowaniu odwoławczym sąd weryfikuje jedynie ustalenia dokonane przez organ. Przeniesienie sprawy na drogę sądową przez wniesienie odwołania od decyzji organu rentowego ogranicza się zatem wyłącznie do okoliczności uwzględnionych w decyzji, a między stronami spornych - poza tymi okolicznościami spór sądowy nie może zaistnieć. Podkreślić należy, iż sąd może zmienić decyzję organu rentowego tylko wówczas, gdy jest wadliwa, nie może natomiast zastępować organu kompetentnego do jej wydania i we własnym zakresie ustalać podlegania ubezpieczeniom społecznym w danych okresach i z określonych tytułów.

Wobec powyższego, przypomnieć trzeba, że pierwszą z zaskarżonych decyzji - z 12 sierpnia 2016 r. - Zakład Ubezpieczeń Społecznych umorzył postępowanie administracyjne wszczęte pismem z 5 lipca 2016 r. w sprawie ustalenia obowiązku podlegania ubezpieczeniom społecznym A. Z. jako osoby prowadzącej działalność gospodarczą. W uzasadnieniu organ rentowy wskazał, że w dniu 13 lipca 2016 r. wnioskodawczyni przekazała zgłoszenie korekty okresów podlegania ubezpieczeniom społecznym i/ lub zdrowotnemu, zgodnie z którym jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą zgłosiła się w okresie od 14 maja 2015 r. do 11 maja 2016 r. wyłącznie do ubezpieczenia zdrowotnego. Ponownie, jako osoba prowadząca poza rolniczą działalność gospodarczą, do obowiązkowych emerytalnego i rentowych zgłosiła się od 12 maja 2016 r. W konsekwencji, zgodnie z art. 105 § 1 k.p.a. postępowanie należało umorzyć.

W kolejnej zaskarżonej decyzji - z 12 października 2016 r. - Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T. stwierdził natomiast, że ubezpieczona podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą: od 6 stycznia 2013 r. do 13 maja 2015 r. oraz od 12 maja 2016 r., jak również podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą od 7 listopada 2014 r. do 13 maja 2015 r.

W konsekwencji stwierdzić należy, że przedmiotem sporu w niniejszej sprawie było wyłącznie podleganie przez ubezpieczoną dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej od 12 maja 2016 r. do 12 lipca 2016 r. W szczególności kwestia podlegania przez A. Z. ubezpieczeniom z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego nie była bowiem przedmiotem żadnej z zaskarżonych decyzji.

Na marginesie zauważyć zresztą można, że przebieg ubezpieczeń A. Z. - poza kwestią dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 12 maja 2016 r. do 12 lipca 2016 r. - ustalony został zgodnie z wnioskami apelacyjnymi ubezpieczonej. Nie ma sporu co do tego, że:

- od 06.01.2013 do 31.10.2014 r. ubezpieczona podlegała ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu oraz zdrowotnemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej;

- od 01.11.2014 r. do 13.05.2015 r. ubezpieczona podlegała ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu, zdrowotnemu, jak również dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej;

- od 14.05.2015 r. do 11.05.2016 r. ubezpieczona podlegała ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej oraz ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego;

- od 12.05.2016 r. ubezpieczona podlega ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu i zdrowotnemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej,

- od 13.07.2016 r. ubezpieczona podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, w powyższym zakresie 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 zaakceptował zatem 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). Sąd odwoławczy w pełni podziela także ocenę prawną, jakiej dokonał Sąd pierwszej instancji, uznając ją za wyczerpującą, a tym samym nie ma potrzeby powtarzać w całości trafnego wyводу prawnego (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 16 lutego 2006 r., IV CK 380/05, LEX nr 179977; z dnia 16 lutego 2005 r., IV CK 526/04, LEX nr 177281).

Podniesione w apelacji zarzuty naruszenia tak prawa procesowego – zasady swobodnej oceny dowodów, jak i prawa materialnego wynikają z niezrozumienia zasad podlegania ubezpieczeniom chorobowym osób prowadzących działalność gospodarczą.

Przypomnieć można, że zgodnie z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają swój wniosek osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8 i 10, a więc: osoby wykonujące pracę nakładczą; osoby wykonujące pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, zwanymi dalej "zleceniobiorcami", oraz osoby z nimi współpracujące, osoby prowadzące pozarolniczą działalność oraz osoby z nimi współpracujące, osoby wykonujące odpłatnie pracę, na podstawie skierowania do pracy, w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania i duchowni.

W świetle art. 14 ust. 2 pkt 3 ustawy dobrowolne ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe ustają od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom. Sąd Okręgowy trafnie przyjął, że w przypadku wnioskodawczynie, datę ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej wyznacza data początkowa pobierania zasiłku macierzyńskiego, czyli 14 maja 2015 r.

Z brzmienia ww. art. 11 ust. 2 ustawy wynika bowiem jednoznacznie, że nie stanowi on podstawy do objęcia dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego.

Jak stanowi art. 9 ust. 1c ustawy osoby, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8 i 10 (a więc także prowadzące pozarolniczą działalność oraz osoby z nimi współpracujące), spełniające jednocześnie warunki do objęcia ich obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego, podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego. Mogą one jednak dobrowolnie, na swój wniosek, być objęte ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi także z pozostałych, wszystkich lub wybranych, tytułów.

Odnosząc się do zarzutu ubezpieczonej, iż w spornym okresie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, gdyż zgłoszenia dokonała w dniu 7 listopada 2014 r. i nigdy go nie cofnęła, nie dokonała wyrejestrowania, Sąd Apelacyjny zwraca uwagę, że ustawodawca przyjął regułę, zgodnie z którą ubezpieczeniu chorobowemu podlegają jedynie osoby podlegające obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu, ograniczając dodatkowo jego krąg poprzez wskazanie konkretnych tytułów uprawniających do takiego ubezpieczenia. Przepis art. 11 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych nie wymienia osób podlegających obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu

z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego jako uprawnionych do podlegania ubezpieczeniu chorobowemu - czy to obowiązkowemu, czy nawet dobrowolnemu. Nadto, temu ostatniemu podlegają osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą, ale tylko w przypadku podlegania przez nie obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu z podanego tytułu.

W konsekwencji, wnioskodawczyni - w okresie, gdy podlegała ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego - nie legitymowała się żadnym tytułem umożliwiającym jej podleganie ubezpieczeniu chorobowemu.

Przyjmując za ubezpieczoną, iż w okresie otrzymywania zasiłku macierzyńskiego prowadziła ona pozarolniczą działalność gospodarczą, należy zauważyć, iż w tej sytuacji ustawodawca przewidział pierwszeństwo obowiązkowego ubezpieczenia emerytalnego

i rentowego z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego. Ustanowił bowiem w przepisie art. 9 ust. 1c ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych normę stanowiącą, iż w przypadku spełniania między innymi przez osoby prowadzące działalność gospodarczą również warunków do objęcia ich obowiązkowymi ubezpieczeniami emerytalnym i rentowym z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego podlegają one obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego. Jednocześnie w zdaniu drugim podanego przepisu zastrzegł, iż osoby te mogą dobrowolnie na swój wniosek być objęte ubezpieczeniami emerytalnym i rentowym także z pozostałych - wszystkich lub wybranych tytułów. Wskazać należy, że z powyższej normy wynika,

iż w okresie w którym wnioskodawczyni pobierała zasiłek macierzyński nie mogła ona podlegać obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. Ta działalność mogła jedynie stanowić dodatkowy tytuł ubezpieczenia emerytalnego i rentowego o charakterze w pełni dowolnym. Maksymalnie wnioskodawczyni mogła zatem w okresie pobierania zasiłku podlegać obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu z tytułu wspomnianych zasiłków oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, przy czym nie wykazywała w toku postępowania, aby zgłosiła się w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego dobrowolnie do ubezpieczenia emerytalno-rentowego z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej jako z dodatkowego tytułu ubezpieczenia. Wobec treści art. 11 ust. 2 ustawy systemowej, umożliwiającego dobrowolne objęcie ubezpieczeniem chorobowym osób objętych obowiązkowo ubezpieczeniem emerytalno-rentowym ze wskazanych tytułów, wśród których nie wymieniono pobierania zasiłku macierzyńskiego, nie miałyby to zresztą znaczenia dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy.

Osoba pobierająca zasiłek macierzyński z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, kontynuująca wykonywanie pozarolniczej działalności, z której nabyła prawo do zasiłku, podlega ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z

tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego. Podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe osób pobierających zasiłek macierzyński stanowi kwota tego zasiłku. Z tytułu prowadzonej działalności obowiązkowe jest wtedy tylko ubezpieczenie zdrowotne. Po nabyciu prawa do zasiłku macierzyńskiego zmienia się bowiem tzw. schemat podlegania ubezpieczeniom społecznym. W konsekwencji osoba prowadząca działalność, która nabyła z tego tytułu prawo do zasiłku macierzyńskiego powinna wyrejestrować się z obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego oraz z obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego na formularzu ZUS ZWUA, a następnie zgłosić się tylko do ubezpieczenia zdrowotnego na formularzu ZUS ZZA. Po zakończeniu pobierania zasiłku winna ponownie wyrejestrować się z ubezpieczenia zdrowotnego na druku ZUS ZWUA, a następnie zgłosić się do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego na druku ZUS ZUA. Osoba taka może zostać objęta także dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, jeżeli złoży wniosek o objęcie tym ubezpieczeniem. Terminna zgłoszenie to 7 dni od zakończenia pobierania zasiłku macierzyńskiego (tak: wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 30 listopada 2016 r., III AUa 1126/16, LEX nr 2191599).

Zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy 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 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, a więc w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia. Zgodnie natomiast z art. 36 ust. 3 i 11 ustawy obowiązek dokonania zgłoszenia do ubezpieczeń oraz wyrejestrowania z ubezpieczeń należy do płatnika składek tj. osoby prowadzącej działalność gospodarczą. Jeżeli płatnik nie dokona zmian w schemacie podlegania ubezpieczeniom społecznym w trakcie pobierania zasiłku, w razie stwierdzenia nieprawidłowości na koncie płatnika składek, ZUS może z urzędu „uporządkować” konto ubezpieczonego wydając decyzję o ustaleniu okresów podlegania ubezpieczeniom społecznym i tytułów ubezpieczeń.

W judykaturze nie budzi wątpliwości, iż ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą po ustaniu tytułu podlegania temu ubezpieczeniu wymaga zgłoszenia pisemnego wniosku przez ubezpieczonego (art. 11 ust. 1 oraz art. 14 ust. 1 i 1a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych; tak też Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 29 marca 2012 r., I UK 339/11).

Nie ma zatem racji apelująca, podnosząc, że jej zgłoszenie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej z dniem 1 listopada 2014 r. powinno być nadal uwzględniane. O ile tak sformułowana teza mogłaby być uznana za uprawnioną dla ocen ubezpieczeń obowiązkowych (reaktywowanie wcześniejszego tytułu ubezpieczeń emerytalnego i rentowego), to ubezpieczenie dobrowolne z uwagi na podstawową dla nich regułę zgłoszenia wniosku wymaga dodatkowej aktywności ze strony osoby pragnącej jej podlegać (por. uzasadnienie wyroku Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 17 lutego 2016 r., III AUa 710/15, LEX nr 2004505).

System ubezpieczeń społecznych nie przewiduje reguły, zgodnie z którą w sytuacji "reaktywowania" obowiązkowych ubezpieczeń (emerytalnego i rentowego) ponowne powstanie tytułów dotyczy również i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Ustawodawca przyjął pierwszeństwo woli osoby posiadającej tytuł do podjęcia decyzji w przedmiocie podlegania ubezpieczeniu dobrowolnemu i określił jednocześnie pewne zasady czasowe, których niespełnienie nie rodzi powstania uprawnień w żądanym przez nią terminie. Niewątpliwie wymogów czasowych w zgłoszeniu wniosku w przedmiocie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego wnioskodawczyni nie spełniła. Nie ulega

przy tym wątpliwości, że w każdym przypadku ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego ponowne nim objęcie wymaga złożenia nowego wniosku. Nawet opłacenie składek nie stanowi o trwaniu wygasłego ubezpieczenia. Brak jest również podstaw pozwalających na przyjęcie jako zasadnej tezy o objęciu dobrowolnym ubezpieczeniem w sposób dorozumiany.

Mając na uwadze powyższe stwierdzić należy, że Sąd Okręgowy prawidłowo przyjął, iż wnioskodawczyni w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jedynie z tytułu pobierania tego zasiłku.

Nie będąc w tym okresie objętą obowiązkowym ubezpieczeniem z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności, wnioskodawczyni nie korzystała z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

Po zakończeniu okresu pobierania zasiłku, od dnia 12 maja 2016 r., wnioskodawczyni została włączona do ubezpieczenia emerytalno-rentowego z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności. Od tego dnia mogła ponownie przystąpić do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, niemniej powinna złożyć stosowny wniosek w terminie 7 dni od daty wyczerpania zasiłku macierzyńskiego, czego, co jest bezsporne, nie uczyniła.

Jak już wyżej wskazano, przepis art. 14 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych nakazuje uwzględnienie zastrzeżenia z art. 14 ust. 1a tej ustawy. Ten ostatni przepis stanowi, iż objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowego zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4 ustawy. Podany przepis nakazuje dokonanie zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia. Ewidentnie wnioskodawczyni w podanym terminie wniosku nie zgłosiła.

W tym miejscu wyjaśnienia wymaga również, że instytucja wyrażenia przez ZUS zgody na opłacenie składek po terminie może znaleźć zastosowanie jedynie wówczas, gdy dokonano skutecznego zgłoszenia do ubezpieczenia. Skoro zaś ubezpieczona zgłoszenia takiego (od 12 maja 2016 r.) nie dokonała, nie ma podstaw do zastosowania art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Nadmienić przy tym można, że formularz ZUS KOA, którego celem jest porządkowanie okresów podlegania ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu, nie zastępuje terminowego zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Ubezpieczeniem tym A. Z. została zatem prawidłowo objęta od daty złożenia formularza ZUS KOA.

Wobec powyższego stwierdzić należy, że Sąd I instancji nie dopuścił się zarzucanych w apelacji ubezpieczonej naruszeń prawa materialnego – przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Sąd Okręgowy nie naruszył również prawa materialnego przez błędną wykładnię art. 2 oraz art. 7 Konstytucji RP. Konkretnie ustosunkowanie się do tego zarzutu nie jest możliwe, albowiem apelująca nie wskazuje, w jakich działaniach Sądu I instancji upatruje naruszenia ww. norm konstytucyjnych. Wyjaśnić należy, że ewentualne naruszenie rygorów procedury administracyjnej wynikających z art. 9 k.p.a., w tym udzielenie ubezpieczonej błędnych informacji o stanie prawnym, pozostaje bez znaczenia dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy. Przepisy z zakresu ubezpieczeń społecznych mają charakter bezwzględnie obowiązujący, a zatem – w stanie faktycznym rozpoznawanej sprawy – żadne działania organu nie mogłyby zmienić faktu, że dobrowolne ubezpieczenie chorobowe A. Z.

z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej ustało z chwilą nabycia prawa do zasiłku macierzyńskiego, a ponowne objęcie tym ubezpieczeniem po zakończeniu okresu pobierania zasiłku wymagało nowego wniosku.

Powyższe rozważania prowadzą do wniosku o braku podstaw do zmiany zaskarżonej decyzji poprzez ustalenie podlegania ubezpieczonej dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej zarówno

od 14 maja 2015 r. (w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego), jak i po 11 maja 2016 r. (po zakończeniu okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego, przy braku terminowego złożenia wniosku o objęcie przedmiotowym ubezpieczeniem).

W tym stanie rzeczy, nie znajdując podstaw do uwzględnienia apelacji ubezpieczonej, Sąd Apelacyjny oddalił ją na podstawie art. 385 k.p.c. , jak w pkt I sentencji.

W pkt II sentencji Sąd Apelacyjny zasądził od A. Z. na rzecz pozwanego organu kwotę 900,00 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego za II instancję, działając w tym zakresie na podstawie art. 98 § 1 i 3, art. 99, art. 108 § 1 zd. 1 k.p.c.

w zw. z § 2 i § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia

22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U z 2015 r., poz. 1804 ze zm.), mając na uwadze uchwałę Sądu Najwyższego w składzie siedmiu sędziów z 20 lipca 2016 r., III UZP 2/16, OSNP 2017/1/6 oraz wartość przedmiotu sporu wskazaną przez apiśmie z 17 października 2016 r. (2.805,46 zł).

SSA Alicja Podlewska SSA Małgorzata Gerszewska SSA Iwona Krzeczowska - Lasoń