

Sygn. akt III AUa 1080/18

## WYROK

**W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 7 lutego 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku - III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Bożena Grubba
Sędziowie:	SA Iwona Krzeczowska - Lasoń SO del. Tomasz Koronowski (spr.)
Protokolant:	sekr. sądowy Katarzyna Kręska

po rozpoznaniu w dniu 7 lutego 2019 r. w Gdańsku

sprawy M. B.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G.

o dobrowolne ubezpieczenie chorobowe

na skutek apelacji M. B.

od wyroku Sądu Okręgowego w Gdańsku VII Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 18 kwietnia 2018 r., sygn. akt VII U 4088/17

I. zmienia zaskarżony wyrok i poprzedzającą go decyzję w ten sposób, że stwierdza, iż w okresach od dnia 7 listopada 2015 r. do dnia 9 grudnia 2015 r. i od dnia 8 grudnia 2016 r. M. B. podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, niemająca ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego;

II. oddala apelację w pozostałej części.

SSA Iwona Krzeczowska - Lasoń SSA Bożena Grubba SSO del. Tomasz Koronowski

Sygn. akt III AUa 1080/18

## UZASADNIENIE

Decyzją nr (...) z dnia 6 kwietnia 2017r. pozwany Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G., na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (obecnie Dz.U. z 2017r. poz. 1778 ze zmianami; dalej: ustawa systemowa lub ustawa) stwierdził, że ubezpieczona M. B., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą niemająca ustalonego prawa do renty

z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia, podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresach od 2 maja 2014r. do 30 września 2015r., od 7 listopada 2015r. do 9 grudnia 2015r. oraz od 8 grudnia 2016r.

W odwołaniu od tej decyzji ubezpieczona wniosła o jej uchylenie i zasądzenie kosztów według norm przepisanych. Zdaniem ubezpieczonej organ w zaskarżonej decyzji dokonał błędnej wykładni przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych ponieważ, jej zdaniem, na podstawie złożonych przez nią deklaracji przebieg oraz podstawa dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego był następujący: po pierwsze w okresie od 2 maja 2014r. do 30 września 2015r. ubezpieczenie z podstawą wymiaru składek stanowiącą kwotę nie niższą niż 30% minimalnego wynagrodzenia (0570) i po drugie w okresach od 1 listopada 2015r. do 9 grudnia 2015r. i od 8 grudnia 2016r. ubezpieczenie z podstawą wymiaru składek dla dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego stanowiącą kwotę nie niższą niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek (0510).

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie oraz o zasądzenie na jego rzecz kosztów zastępstwa procesowego.

Wyrokiem z dnia 18 kwietnia 2018r., sygn. akt VII U 4088/17, Sąd Okręgowy w Gdańsku oddalił odwołanie (pkt I.) oraz zasądził od ubezpieczonej na rzecz pozwanego kwotę 180 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego (pkt II.). Sąd ten oparł się na następujących ustaleniach i wnioskach:

Ubezpieczona M. B. od dnia 2 maja 2014r. prowadzi działalność gospodarczą w formie Kancelarii (...). Z tego tytułu w dniu 16 maja 2014r. skarżąca zgłosiła się do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych oraz do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od dnia 2 maja 2014r. W dniu 6 listopada 2015r. ubezpieczona wyrejestrowała się z ubezpieczeń społecznych z dniem 1 października 2015r., z jednoczesnym zgłoszeniem się do obowiązkowych ubezpieczeń: emerytalnego, rentowych i wypadkowego (bez dobrowolnego chorobowego). W okresie od 2 maja 2014r. do 31 grudnia 2014r. jako podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe, wypadkowe, chorobowe zadeklarowała kwotę 504 zł, od 1 stycznia 2015r. do 30 września 2015r. kwotę 525 zł.

W okresie od 1 do 31 października 2015r. zgłosiła się do ubezpieczeń emerytalnego, rentowych, wypadkowego, z podstawą wymiaru składek w kwocie 525 zł.

W dniu 7 listopada 2015r. ubezpieczona ponownie wyrejestrowała się z ubezpieczeń: emerytalnego, rentowych i wypadkowego (ZUS ZWUA) i z tą samą datą zgłosiła się do obowiązkowych ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i wypadkowego oraz dobrowolnego chorobowego od dnia 1 listopada 2015r. (ZUS ZUA) oraz zadeklarowała jako podstawę wymiaru składek kwotę 9.897 zł. Za listopad 2015r. oraz grudzień 2015r. złożyła dokumenty rozliczeniowe ZUS DRA i ZUS RCA z podstawą wymiaru składek w kwotach po 9.897 zł.

Po przyznaniu zasiłku macierzyńskiego na okres od 10 grudnia 2015r. do 30 kwietnia 2016r. płatnik w dniu 4 lutego 2016r. dokonała korekty raportu imiennego ZUS RCA za grudzień 2015r. w ten sposób, że pomniejszyła proporcjonalnie deklarowaną podstawę wymiaru składek z kwoty 9.897 zł na kwotę 2.873,47 zł i wystąpiła o zwrot składek. Zakład ubezpieczeń Społecznych przyjął korektę w dniu 15 lutego 2016r. zwrócił ubezpieczonej nadpłacone składki w wysokości 2.416,49 zł. Pomimo to decyzją z 27 kwietnia 2015r. pozwany stwierdził, iż podstawa wymiaru składek skarżącej z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej za grudzień 2015r. jest kwota 9.897,50 zł na ubezpieczenia społeczne oraz kwota 3.104,57 zł na ubezpieczenie zdrowotne. Wyrokiem z dnia 27 lipca 2017r. Sąd Apelacyjny w Gdańsku zmienił powyższą decyzję ustalając, że podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe M. B. za grudzień 2015r. stanowi kwota 2.873,47 zł.

Następnie pozwany wydał decyzję zaskarżoną w niniejszej sprawie.

Sąd Okręgowy zaznaczył, że istotne z punktu widzenia rozstrzygnięcia niniejszej sprawy okoliczności faktyczne były bezsporne, a spór sprowadzał się do kwestii prawnych. Nadto stan faktyczny Sąd I instancji ustalił na podstawie dokumentów zgromadzonych

w aktach organu rentowego, których prawdziwość nie była przez żadną ze stron kwestionowana. Sąd Okręgowy również nie znalazł podstaw do kwestionowania ich wiarygodności

z urzędu. Dowód z dokumentów zgromadzonych w sprawie, w zakresie, w jakim posłużyły do ustalenia stanu faktycznego, Sąd I instancji uznał za w pełni wiarygodny, gdyż dokumenty te nie budziły żadnych wątpliwości i nie były przez strony kwestionowane.

Zdaniem Sądu Okręgowego odwołanie nie było zasadne.

Spór zasadniczo sprowadzał się do oceny, czy pozwany prawidłowo uznał, że odwołująca się, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresach od 2 maja 2014r. do 30 września 2015r.,

od 7 listopada 2015r. do 9 grudnia 2015r. oraz od 8 grudnia 2016r., w szczególności zaś konieczne było rozstrzygnięcie, czy w związku z wyrejestrowaniem się z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z dniem 30 września 2015r. oraz ponownym zgłoszeniem się skarżącej do tego ubezpieczenia w dniu 7 listopada 2015r. z datą 1 listopada 2015r., skarżąca podlega temu ubezpieczeniu od dnia 1 listopada 2015r., czy od dnia 7 listopada 2015r. Pozostałe daty podlegania ubezpieczeniu chorobowemu nie były kwestionowane przez skarżącą.

Sąd I instancji przywołał zatem art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy systemowej, zgodnie z którym obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym podlegają osoby prowadzące pozarolniczą działalność oraz osoby z nimi współpracujące, oraz art. 11 ust. 2 tej ustawy stanowiącym, że dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają na swój wniosek osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi.

W ocenie Sądu Okręgowego kluczowy dla rozstrzygnięcia był art. 14 ust. 1 ustawy, który 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 – 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, tj. w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia.

Należało zatem w niniejszej sprawie przesądzić, czy ustalony stan faktyczny pozwala na zastosowanie wyjątku z art. 14 ust. 1a, który umożliwia objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia wskazanego we wniosku, gdyż ubezpieczona domaga się objęcia jej tym ubezpieczeniem od 1 listopada 2015r., mimo że wniosek w tym zakresie został złożony w dniu 7 listopada 2015r. Z treści art. 14 ust. 1a wynika, że możliwość taka istnieje, jednak „tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4.” Przywołany art. 36 dotyczy obowiązku zgłoszenia do ubezpieczenia. W myśl art. 36 ust. 1, każda osoba objęta obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi podlega zgłoszeniu do ubezpieczeń społecznych,

a w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą obowiązek ten należy do tych osób (art. 36 ust. 3). Natomiast w myśl art. 36 ust. 4 ustawy, zgłoszeń, o których mowa w ust. 2 i 3, dokonuje się w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4a, 5, 5a i 9a. Ten szczególny przepis (tj. art. 14 ust. 1a) został wprowadzony w wyniku zmiany ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych od dnia

1 stycznia 2003r. (Dz.U. z 2002r. Nr 241, poz. 2074) i ma sens tylko jako mający na celu ujednoczenie chwili objęcia wszystkimi ubezpieczeniami społecznymi; z mocy prawa

i na zasadzie dobrowolności. W poprzednim stanie prawnym mogła bowiem powstać sześciodniowa różnica w datach początkowych poszczególnych ubezpieczeń, a zmiana prawa taki przypadek eliminuje, prowadząc do fikcji jednoczesnego zgłoszenia do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych oraz ubezpieczenia chorobowego na wniosek. (por. wyrok Sądu Najwyższego z 26 listopada 2014r., II UK 56/14 oraz z 20 września 2011r., I BU 6/11).

W okolicznościach niniejszej sprawy, gdzie niespornie ustalono, że odwołująca podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu z tytułu prowadzenia nieprzerwanie od 2014r. działalności gospodarczej, zdaniem Sądu I instancji nie było podstaw do zastosowania wyjątku z art. 14 ust. 1a ustawy, ponieważ nie zaistniała sytuacja, o jakiej mowa w art. 36 ust. 4. W myśl art. 13 pkt 4 ustawy, w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą obowiązek ubezpieczenia istnieje od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności, z wyłączeniem okresu, na który wykonywanie działalności zostało zawieszona na podstawie przepisów

o swobodzie działalności gospodarczej. A zatem w dacie ponownego zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w dniu 7 listopada 2015r. odwołująca prowadziła działalność gospodarczą od 2 maja 2014r. i z tego tytułu, zgodnie z treścią cyt. art. 13 ust. 4., nieprzerwanie podlegała obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym. Stąd zgłaszając się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w dniu 7 listopada 2015r., odwołująca się nie mogła skorzystać z siedmiodniowego terminu, liczonego od daty powstania obowiązku ubezpieczenia, o jakim mowa w cyt. art. 36 ust. 4 ustawy, gdyż „datą powstania obowiązku ubezpieczenia” w jej przypadku był dzień 2 maja 2014r. Z tego względu nie można było w sprawie zastosować wyjątku z art. 14 ust. 1a, co oznacza, że objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym mogło nastąpić nie wcześniej niż od dnia, w którym został zgłoszony wniosek, tj. 7 listopada 2015r. (art. 14 ust. 1).

Tożsamy pogląd wyraził Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z dnia 10 lutego 2017r.

w sprawie III AUa 159/16 (OSAL 2016/4/32, LEX 2256996) oraz Sąd Apelacyjny w Gdańsku w wyroku z dnia 21 czerwca 2017r. w sprawie III AUa 177/17 (niepubl.).

Odnosząc się do kwestii wysokości podstawy wymiaru składek, Sąd Okręgowy

zwrócił uwagę na art. 18 ust. 8 ustawy, zgodnie z którym podstawę wymiaru składek

na ubezpieczenia emerytalne i rentowe ubezpieczonych, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 5, stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek, ogłoszonego w trybie art. 19 ust. 10 na dany rok kalendarzowy. Składka

w nowej wysokości obowiązuje od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia danego roku. Jednakże zasada ta doznaje m.in. wyjątku określonego w ust. 9, tj. za miesiąc, w którym nastąpiło odpowiednio objęcie ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi lub ich ustanie i jeżeli trwały one tylko przez część miesiąca, kwotę najniższej podstawy wymiaru składek zmniejsza się proporcjonalnie, dzieląc ją przez liczbę dni kalendarzowych tego miesiąca i mnożąc przez liczbę dni podlegania ubezpieczeniu. Ponieważ objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym mogło nastąpić nie wcześniej niż od dnia, w którym został zgłoszony wniosek,

tj. 7 listopada 2015r., za listopad 2015r. należało przyjąć kwotę najniższej podstawy wymiaru składek zmniejszoną proporcjonalnie, dzieląc ją przez liczbę dni kalendarzowych tego miesiąca i mnożąc przez liczbę dni podlegania ubezpieczeniu, zgodnie z normą wyrażoną

w art. 18 ust. 9 ustawy.

Mając na uwadze powyższe, na podstawie art. 477<sup>14</sup> § 1 kpc oraz powołanych przepisów, Sąd I instancji oddalił odwołanie.

W punkcie II. wyroku Sąd Okręgowy, kierując się zasadą odpowiedzialności za wynik procesu, na podstawie art. 98 kpc w związku z art. 108 § 1 kpc w związku z § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U. z 2018r. poz. 265), zgodnie z wnioskiem pozwanego, obciążył skarżącą, jako stronę przegrywającą, kosztami zastępstwa procesowego w kwocie 180 zł.

W apelacji od opisanego wyroku ubezpieczona zaskarżyła go w całości, zarzucając mu: 1. naruszenie przepisów prawa materialnego, a w szczególności art. 14 ust.1 ustawy systemowej; 2. naruszenie przepisów postępowania (art. 227 kpc i art. 233 kpc), m.in. poprzez wydanie wyroku bez rozważenia w sposób wszechstronny twierdzeń przedstawianych

w sprawie przez skarżącą. Wskazując na te podstawy, ubezpieczona wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości lub przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji oraz o zasądzenie kosztów wg norm przepisanych.

W uzasadnieniu apelacji skarżąca wywodziła, że w orzecznictwie prezentowany jest pogląd, iż przy rozstrzygnięciu o okresie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu, należy mieć na względzie całokształt okoliczności sprawy, a złożenie wniosku o objęcie ubezpieczeniem społecznym nie jest warunkiem nawiązania stosunku ubezpieczenia społecznego, jeżeli wola podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej została ujawniona w sposób wyraźny, a powstanie ubezpieczenia ma oparcie w obowiązującym prawie (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 3 lutego 1989r. II URN 299/99 i z dnia 16 sierpnia 2005r., I UK 376/04, OSNP 2006r. Nr 11-12, poz. 195; wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 3 listopada 2000r., III AUA 774/00, OSA 2001r. Nr 2, poz. 5; wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 28 lutego 2012r., III AUA 1786/11).

Zdaniem ubezpieczonej należy przyjąć, że zgodnie z orzecznictwem SN możliwe jest złożenie wniosku o objęcie ubezpieczeniem dobrowolnym w sposób dorozumiany, o ile z okoliczności sprawy wynika taka wyraźna wola ubezpieczonego, a wystarczającym zachowaniem ubezpieczonego w tym zakresie będzie najczęściej przystąpienie do opłacania składek (por. wyr. SN z 27 czerwca 2001r., II UKN 439/00, OSNP 2003, Nr 7, poz. 181; wyr. SN z 3 lutego 1989r., II URN 299/99, niepubl., oraz wyr. SN z 16 sierpnia 2005r., I UK 376/04, OSNP 2006, Nr 11-12, poz. 195, z glosą aprobowującą I. Sierockiej, OSP 2007, Nr 7-8, poz. 95).

Dodatkowo Zakład Ubezpieczeń Społecznych w czasopiśmie Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka, Nr 3/2017 (134), który jest periodykiem ZUS, na str. 7 zamieścił opis potwierdzający ww. orzecznictwo do stosowania przez organy ZUS „W literaturze zauważa się za orzecznictwem, że do oświadczenia woli o kontynuacji ubezpieczenia emerytalno-rentowego wystarcza fakt opłacania składek, nawet jeżeli nie złożono stosownej deklaracji. Wyrok SN z 16 sierpnia 2005r., I UK 376/04, OSN 2006, nr 1-12, z glosą aprobowującą I. Sierockiej, OSP 2007, nr 7-8, poz. 95;”

Wobec powyższego stanu sprawy stwierdzić należy, że Sąd I instancji nie rozważył możliwości przyjęcia, że w niniejszej sprawie doszło do dorozumianego złożenia przez skarżącą wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, na co wskazywała w pismach procesowych, a tym samym że doszło skutecznie do nawiązania umowy z tytułu dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego za cały sporny okres. Z okoliczności sprawy wynika bowiem, że istniała w tym zakresie zgodna wola stron, tj. zarówno skarżącej, jak i organu rentowego. Ubezpieczona była przekonana, że jest objęta dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym, otrzymywała stosowne informacje tym zakresie (m.in. dowód w aktach: dokument sporządzony w systemie Platforma Usług (...), wydrukowany dnia 23-10-2017r.) i nie zgłaszała żadnych zastrzeżeń. Organ rentowy natomiast ewidencjonował i przyjmował składki, a jednocześnie w żaden sposób, przez cały sporny okres, nie kwestionował faktu podlegania ubezpieczeniu chorobowemu, co oznacza, że warunki umowy były przez strony realizowane. Podobne stanowisko zajął Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 16 sierpnia 2005r., I UK 376/04, w którym wskazał, że: „złożenie wniosku o kontynuowanie ubezpieczenia nie jest warunkiem nawiązania stosunku ubezpieczenia społecznego, jeżeli wola podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej została ujawniona w sposób wyraźny”. Zdaniem skarżącej oznacza to, że możliwym jest ustalenie istnienia stosunku ubezpieczenia chorobowego od 1 listopada 2014r. (zapewne apelantka miała na myśli datę 1 listopada 2015r.).

Ubezpieczona wywodziła zatem, że Sąd Okręgowy nie poczynił w tym zakresie żadnych ustaleń, o co wносиła w pismach procesowych, wobec czego Sąd I instancji bezpodstawnie rozpatrzył sprawę na posiedzeniu niejawnym.

Pozwany nie ustosunkował się do apelacji.

**Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:**

Apelacja ubezpieczonej podległa uwzględnieniu w niewielkim zakresie, skutkując w istocie tylko techniczną korektą zaskarżonej decyzji organu rentowego w pobocznym aspekcie, który umknął uwadze Sądu Okręgowego.

Istotą sporu było to, czy skarżąca M. B., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność, niemająca ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu również w dniach od 1 do 6 listopada 2015r., tj. od początku miesiąca, w którym to – dnia 7 listopada 2015r. – złożyła dokument ponownego zgłoszenia się do tego ubezpieczenia.

Powtórna analiza zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, a także zarzutów podniesionych w apelacji, prowadzi do wniosku, że zaskarżony wyrok jest co do zasady prawidłowy. Sąd Apelacyjny podziela i przyjmuje za własne ustalenia Sądu I instancji, dotyczące poszczególnych czynności skarżącej, polegających na składaniu dokumentów zgłoszeniowych, związanych z działalnością gospodarczą, prowadzoną przez ubezpieczoną, od 2014r. Ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd Okręgowy, wbrew twierdzeniom apelującej, znajdują odzwierciedlenie w materiale dowodowym zgromadzonym w sprawie, a podniesiony w apelacji zarzut naruszenia art. 227 kpc i art. 233 § 1 kpc jest chybiony.

Przypomnieć należy, że zgodnie z art. 227 kpc przedmiotem dowodu są fakty mające dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie. Z kolei art. 233 § 1 kpc statuuje dyrektywy oceny materiału dowodowego sprawy. Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału.

W doktrynie i orzecznictwie przyjęte jest, że ramy swobodnej oceny dowodów muszą być określone wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego, regułami logicznego myślenia oraz pewnego poziomu świadomości prawnej, według których sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i wając ich moc oraz wiarygodność odnosi je do pozostałego materiału dowodowego. Dla skuteczności zarzutu naruszenia przepisu art. 233 § 1 kpc nie wystarcza stwierdzenie o wadliwości dokonanych ustaleń faktycznych. Konieczne jest tu wskazanie przyczyn dyskwalifikujących postępowanie sądu w tym zakresie. W szczególności skarżący powinien wskazać, jakie kryteria oceny naruszył sąd przy ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłuszne im je przyznając.

W kontekście powyższych wywodów należało uznać, że zarzuty zawarte w apelacji nie zasługują na uwzględnienie. W omawianej kwestii skarżąca ograniczyła się do twierdzenia, że zachodziła podstawa przyjęcia, iż przez opłacenie składek wyraziła dostatecznie jasną wolę zgłoszenia się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, przywołując stosowne orzecznictwo. Sąd Apelacyjny nie neguje, że w judykatach wskazanych w apelacji wyrażane były poglądy dotyczące możliwości przyjęcia dorozumianego (przez opłacenie składek) zgłoszenia się do ubezpieczenia, tym niemniej obecnie jednolicie wyrażany jest pogląd odmienny (z nowszego orzecznictwa por. choćby wyrok tutejszego Sądu Apelacyjnego z dnia 6 października 2017r. w sprawie III AUa 198/17 i wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku w sprawie III AUa 7/18). Ponadto – co bardziej istotne na gruncie rozpoznawanej sprawy – ubezpieczona pominęła w apelacji ważkie bezsporne okoliczności, po pierwsze że zgłosiła się ponownie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od dnia 1 listopada 2015r. dopiero w dniu 7 listopada 2015r. – po okresie niepodlegania temu ubezpieczeniu od dnia

1 października 2015r. – przy pomocy dokumentu zgłoszeniowego, a więc w sposób wyraźny, co w istocie czyniło zbędnym poszukiwanie dorozumianego zgłoszenia się do ubezpieczenia, oraz po drugie że składkę za listopad 2015r., która miałaby ewentualnie wyrażać dorozumianą wolę podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, uściśliła jeszcze później, gdyż dopiero w grudniu 2015r. (por. pismo procesowe skarżącej z dnia 23 października 2017r., k.11). Jak z tego wynika, nie było w sprawie takich okoliczności spornych, które byłyby istotne dla rozstrzygnięcia, a mimo to pozostawałyby niewyjaśnione przez Sąd I instancji.

Konsekwencją niewadliwego ustalenia przez Sąd Okręgowy, że skarżąca zgłosiła się ponownie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego 7 listopada 2015r., podlegając przy tym obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu w ciągłości od 2 maja 2014r., musiała być konstatacja, że odwołująca się nie podlegała w listopadzie 2015r. dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu przed dniem ponownego zgłoszenia, czyli w dniach

od 1 do 6 listopada 2015r., na co słusznie wskazał Sąd I instancji w szerokim wywodzie prawnym. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, Sąd I instancji prawidłowo zacytował i objaśnił mające zastosowanie w sprawie przepisy ustawy systemowej, dokonując w ten sposób ich niewadliwej wykładni, mającej oparcie w aktualnym orzecznictwie, przywołanym w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku. Czyni to zbędnym powtarzanie wyводу Sądu I instancji oraz pozwala na stwierdzenie, że Sąd Okręgowy nie dopuścił się w omawianym zakresie naruszenia prawa materialnego.

Apelacja okazała się uzasadniona tylko co do wskazanej w sentencji zaskarżonej decyzji minimalnej podstawy wymiaru składek. Organ rentowy nie przeczył twierdzeniu skarżącej, że w dniu 7 listopada 2015r. zgłosiła się ona do ubezpieczeń z kodem 0510, a więc właściwym dla osób prowadzących pozarolniczą działalność, dla których – zgodnie z art. 18 ust. 8 ustawy systemowej – podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek (por. wydruk „Dane ubezpieczonego” z dnia 23 października 2017r., k.12). Wskazanie w zaskarżonej decyzji, że podstawa wymiaru składek była w całym spornym okresie nie niższa niż 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia, jawi się zatem jako omyłka organu rentowego,

a potwierdzeniem tej tezy jest choćby ta okoliczność, że z preferencyjną podstawą wymiaru składek, wynikającą z art. 18 ust. 1a ustawy systemowej, skarżąca mogła być zgłoszona

do ubezpieczeń nie dłużej niż 24 miesiąca, a więc najdalej do maja 2016r., tj. z pewnością nie w ostatnim okresie objętym zaskarżoną decyzją, czyli w okresie od dnia 8 grudnia 2016r. Opisany błąd organ rentowego wymagał na podstawie art. 386 § 1 kpc w związku z art. 477<sup>14</sup> § 2 kpc korekty przez stwierdzenie, że w okresach od dnia 7 listopada 2015r. (należy podkreślić – nie od 1 listopada 2015r.) do dnia 9 grudnia 2015r. i od dnia 8 grudnia 2016r. odwołująca się podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, niemająca ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego.

W pozostałym zakresie niezasadna apelacja podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 kpc, z przyczyn omówionych wyżej.

SSA Iwona Krzeczowska-Lasoń SSA Bożena Grubba SSO del. Tomasz Koronowski