

Sygn. akt III AUa 356/17

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 13 kwietnia 2018 r.

**Sąd Apelacyjny w Łodzi III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w składzie:**

Przewodniczący: SSA Beata Michalska

Sędziowie: SSA Jacek Zajączkowski

SSA Anna Szczepaniak – Cicha ( spr. )

Protokolant: st. sekr. sąd. Patrycja Stasiak

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 10 kwietnia 2018 r. w Ł.

***sprawy A. C.***

***przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł.***

***o ustalenie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu***

***na skutek apelacji A. C.***

***od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi***

***z dnia 13 grudnia 2016 r. sygn. akt VIII U 1456/15***

***oddala apelację.***

Sygn. akt III AUa 356/17

## UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 3 kwietnia 2015 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. stwierdził, że A. C. z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 9 października 2007 r. do 3 września 2013 r. W uzasadnieniu decyzji organ rentowy wskazał, że A. C. z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej w okresie od 4 września 2013 r. do 2 września 2014 r. pobierała zasiłek macierzyński (tym samym ubezpieczona podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z tytułu pobierania zasiłku), nie dopełniła natomiast obowiązku wyrejestrowania od 4 września 2013 r. i ponownego zgłoszenia od 3 września 2014 r. do ubezpieczeń społecznych z tytułu prowadzonej działalności. Składki na ubezpieczenia społeczne za wrzesień 2014 r. ubezpieczona opłaciła po terminie od nieprawidłowej podstawy wymiaru składek, natomiast za październik 2014 r. od pomniejszonej podstawy wymiaru o okres zwolnienia lekarskiego. Z uwagi na nieprzystąpienie przez A. C. do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 3 września 2014 r. oraz fakt, że nieterminowa wpłata nie może stanowić podstawy do uznania faktu jej dokonania za wniosek dorozumiany, w okresie od 3 września 2014 r. do 20 października 2014 r. ubezpieczona nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Organ rentowy podał ponadto, że po rozpoznaniu wniosku A. C. z dnia 18 listopada 2014 r. pismem z dnia 2 stycznia 2015 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie wyraził zgody na opłacenie składki po terminie za wrzesień i październik 2014 r.

W odwołaniu z dnia 4 maja 2015 r. A. C. wniosła o jej zmianę przez stwierdzenie, że podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 9 października 2007 r. do dnia 20 października 2014 r. W uzasadnieniu podała, że składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za wrzesień i październik 2014 r. zostały przez nią opłacone po terminie z uwagi na pozostawanie przez nią w błędnym przekonaniu co do konieczności uiszczenia składki do dnia 15. następnego miesiąca. Ubezpieczona zakwestionowała także datę zgłoszenia się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego przyjętą przez organ (9 października 2007 r.) bowiem zgłoszenia dokonała w dniu 1 października 2007 roku (potwierdzenie nadania zgłoszenia). Stwierdziła nadto, że składka za wrzesień 2014 r. była naliczona w prawidłowej wysokości.

W piśmie z dnia 20 sierpnia 2015 r. płatniczka poparła odwołanie, przyznając, że zgłoszenie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego nastąpiło w dniu 9 października 2014 r. Przyznała, że składki za wrzesień i październik 2014 r. opłaciła w terminie obowiązującym dla firm zatrudniających pracowników, zaś opóźnienie usprawiedliwiła sytuacją życiową tj. urodzeniem trzeciego dziecka, rozwodem i chorobą dziecka.

Decyzją z dnia 2 maja 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. zmienił decyzję z dnia 3 września 2015 r. i stwierdził, że z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej A. C. nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od dnia 3 września 2014 r. do dnia 20 października 2014 r., w pozostałej części pozostawiając w mocy decyzję z dnia 3 września 2015 r.

Sąd Okręgowy w Łodzi wyrokiem z dnia 13 grudnia 2016 r. oddalił odwołanie A. C. od decyzji z dnia 2 maja 2016 r. i umorzył postępowanie w zakresie odwołania od decyzji z dnia 3 kwietnia 2015 r.

Sąd Okręgowy ustalił, że A. C. od dnia 1 października 2007 r. prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą pod firmą Biuro Budowlane (...) i Marketingu (...) A. C.. W dniu 9 października 2007 r. A. C. dokonała zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, tj. emerytalnego, rentowych i wypadkowego oraz do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, wskazując jako datę powstania obowiązku ubezpieczeń dzień 1 października 2007 r.

W piśmie z dnia 24 września 2013 r., po rozpoznaniu wniosku A. C. z dnia 12 września 2013 r., organ rentowy wyraził zgodę na opłacenie po terminie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za listopad 2007 r., za październik 2009 r., za styczeń 2012 r., za październik 2012 r., za styczeń 2013 r. i za maj 2013 r.

W dniu 4 września 2013 roku A. C. urodziła dziecko. W okresie od dnia 4 września 2013 r. do dnia 2 września 2014 r. pobierała zasiłek macierzyński. W tym czasie nie prowadziła działalności gospodarczej.

A. C. nie dokonała wyrejestrowania z ubezpieczeń od dnia 4 września 2013 r. w związku z nabyciem prawa do zasiłku macierzyńskiego ani nie dokonała ponownego zgłoszenia od dnia 3 września 2014 r. do ubezpieczeń z tytułu prowadzonej działalności.

Z dalszych ustaleń Sądu wynika, że w dniu 13 października 2014 r. opłaciła składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za wrzesień 2014 r. od nieprawidłowej podstawy wymiaru składek. Nadto opłaciła składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za październik 2014 r. od pomniejszonej podstawy wymiaru o okres zwolnienia lekarskiego. Przyczyną nieterminowego opłacenia składek była niezajomość prawa.

We wrześniu 2014 r. A. C. nie zatrudniała żadnych pracowników.

Już w 2013 r. odwołująca miała problemy finansowe w związku z prowadzoną działalnością. We wrześniu 2013 r. doszło do kradzieży jej samochodu. W maju 2014 r. zakończyło się postępowanie sądowe w sprawie o rozwód. W tym czasie miała też problemy z dorastającą córką. Ubezpieczona samotnie wychowuje troje dzieci w wieku 15, 8 i 2 lata.

Po zakończeniu zasiłku macierzyńskiego, tj. od 5 września 2014 r. do 19 października 2014 r., ubezpieczona była niezdolna do pracy i wystąpiła z roszczeniem o zasiłek chorobowy.

Podstawą zwolnienia lekarskiego wystawionego na okres od 23 września do 19 października 2014 r. było schorzenie w postaci epizodu depresyjnego, w tym czasie przyjmowała leki.

W dniu 21 października 2014 r. A. C. dokonała wyrejestrowania z ubezpieczeń. Tego dnia zawiesiła wykonywanie działalności gospodarczej. W dniu 5 listopada 2015 r. skarżąca dokonała zgłoszenia do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego od dnia 5 listopada 2015 r., gdyż posiadała inny tytuł do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych.

Decyzją z dnia 30 października 2014 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych odmówił ubezpieczonej prawa do wypłaty zasiłku chorobowego za okres od dnia 5 września 2014 r. do dnia 19 października 2014 r. z uwagi na niepodleganie w okresie od dnia 3 września 2014 r. do dnia 20 października 2014 r. dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, ze względu na nieprzystąpienie przez A. C. do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od dnia 3 września 2014 r. oraz fakt, że nieterminowana wpłata składki nie może stanowić podstawy do uznania przez fakt jej dokonania, że wniosek został zgłoszony w sposób dorozumiany.

Po rozpoznaniu wniosku A. C. z dnia 20 listopada 2014 r. o wyrażenie zgody na opłacenie po terminie składki za wrzesień i październik 2014 r. organ rentowy pismem z dnia 2 stycznia 2015 r. poinformował ubezpieczoną, że nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od dnia 3 września 2014 r. do dnia 20 października 2014 r. Organ rentowy poinformował też wnioskodawczynię, że może wystąpić do ZUS o wydanie decyzji o okresach podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, od której będzie przysługiwało odwołanie do właściwego sądu. W dniu 3 lutego 2015 r. A. C. wystąpiła z wnioskiem o wydanie decyzji w przedmiocie złożonego w dniu 18 listopada 2014 r. wniosku o wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie.

Powyższy stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił w oparciu o niesporne w sprawie dowody z dokumentów oraz przesłuchanie wnioskodawczyni. W ustalonym stanie faktycznym Sąd uznał odwołanie od decyzji z dnia 2 maja 2016 r. za bezzasadne. Osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą podlegają, stosownie do art.6 ust. 1 pkt 5 i art. 12 ust.1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, obowiązkowo ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowym i wpadkowemu, a także - w myśl art. 11 ust. 2 - na swój wniosek dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu.

Stosownie do treści art. 9 ust. 1c tej ustawy osoby, prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą, 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. W myśl art. 14 ust. 1 ustawy systemowej, objęcie dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym, rentowymi i chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony, z zastrzeżeniem ust. 1a. Objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4. (art. 14 ust. 1a).

Z regulacji tych wynika, że we wszystkich przypadkach do powstania stosunku prawnego dobrowolnego ubezpieczenia niezbędny jest wniosek ubezpieczonego. W przypadku dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego wymagany jest dodatkowy warunek, by wniosek został zgłoszony w terminie 7 dni od powstania obowiązku ubezpieczenia emerytalnego i rentowych. Osoby, które są obejmowane ubezpieczeniami społecznymi na zasadach dobrowolności, zgłaszają wniosek o objęcie ich ubezpieczeniem w terminie przez nie wybranym. Przepisy ust. 2 i 3 stosuje się odpowiednio (art. 36 ust.1, 3, 4 i 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych).

Z kolei z przepisu art. 47 ust. 1 pkt 1 tej ustawy wynika, że płatnik składek, będący osobą fizyczną opłacającą składkę wyłącznie za siebie, przesyła w tym samym terminie deklarację rozliczeniową, imienne raporty miesięczne oraz opłaca

składki za dany miesiąc, z zastrzeżeniem ust. 1a, 2a i 2b, nie później niż do 10. dnia następnego miesiąca. Termin do zapłaty składek dla pozostałych płatników został określony do 15. dnia następnego miesiąca (pkt 3).

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

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

Przepis art. 14 ust. 2a stanowi, że w przypadku, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, jeżeli za część miesiąca został pobrany zasiłek, ubezpieczenie chorobowe ustaje od dnia następującego po dniu, za który zasiłek ten przysługuje.

Z przywołanego przepisu art. 14 ust. 2 wynika, że jedną z przesłanek ustania dobrowolnego ubezpieczenia jest nieopłacenie w terminie składki należnej na to ubezpieczenie. Nie budzi te ż wątpliwości, że nieopłacenie w ogóle składki na dobrowolne ubezpieczenie albo opłacenie jej w całości po ustawowym terminie rodzi skutek przewidziany w przepisie art. 14 ust. 2 pkt 2. Skutek ten powstaje ex lege, bez względu na wolę stron. Oczywiście jest, że przez pojęcie nieopłacenia składek na dobrowolne ubezpieczenie społeczne należy rozumieć nie tylko nieopłacenie tej składki w ogóle, ale również jej opłacenie z uchybieniem terminu, czy też w niepełnej wysokości.

Z powołaniem się na stanowisko judykatury Sąd Okręgowy podkreślił, że osoba składająca wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym i oczekująca świadczeń od organu rentowego, zobowiązana jest do opłacania składek na to ubezpieczenie w terminie i we właściwej wysokości. Przymiotem wszelkich ubezpieczeń dobrowolnych jest to, że ubezpieczenie takie jest kontynuowane, jeżeli składki na to ubezpieczenie są opłacane w terminie i we właściwej wysokości. A zatem odwołująca, zdając sobie z tego sprawę, winna dokonywać wpłat składek w przewidzianym przepisami prawa terminie oraz w określonych przez przepisy wysokościach.

W uzasadnionych przypadkach, mimo spóźnienia z zapłatą składki, Zakład Ubezpieczeń Społecznych może na wniosek zainteresowanego wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, czyli uznać, że mimo nieopłacenia składki w terminie ubezpieczenie nie ustało. Kwestia zgody bądź odmowy organu rentowego na opłacenie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie nie wymaga wydania przez organ decyzji. Ustawa systemowa przewidziała bowiem wydawanie decyzji w sprawach objętych przepisem art. 83 ust. 1 ustawy, jak również w innych konkretnie wymienionych sprawach, określonych w przepisach ustawy (art. 24 ust. 1). W tych sprawach ustawa zastrzega dla ubezpieczonych (płatników) prawo do odwołania się od wydanej decyzji do właściwego sądu.

Spór pomiędzy stronami niniejszego postępowania sprowadził się do tego, czy A. C. podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 3 września 2014 r. do dnia 20 października 2014 r. z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, a istotę sporu stanowiła ocena zasadności odmowy przywrócenia terminu do opłacenia składki za sporne miesiące. Sąd podkreślił, że w ustawie nie zostały określone przesłanki „wyrażenia zgody” na opłacenie składki po terminie, wskazano jedynie, iż zgoda taka może zostać wydana w uzasadnionych przypadkach. Nie oznacza to jednak przyznania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych niczym nieograniczonego uznania w uwzględnieniu lub nieuwzględnieniu wniosku o wyrażenie zgody. Przyznana kompetencja winna być wykonywana według sprawdzalnych, sprawiedliwych kryteriów. W doktrynie prawa administracyjnego przyjmuje się, że uznaniowość decyzji nie oznacza dowolności w ich podejmowaniu. Użyte w przepisie art. 14 ust. 2 pkt 2 określenie „może” nie oznacza pełnej dowolności. Nie ma przy tym znaczenia, czy Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydaje odrębną decyzję, czy też rozstrzyga daną kwestię jako przesłankę wydania decyzji o określonej treści. W tym

drugim przypadku, w razie poddania decyzji kontroli sądowej, badanie obejmuje wszystkie okoliczności, także te, które stanowiły przesłanki zaskarżonego rozstrzygnięcia.

A. C. twierdziła, że składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za wrzesień i październik 2014 r. zostały przez nią opłacone po terminie z uwagi na błędne przekonanie, co do konieczności uiszczenia składki do dnia 15. następnego miesiąca, tj. w terminie obowiązującym dla firm zatrudniających pracowników. Swoje opóźnienie usprawiedliwiła także sytuacją życiową - urodzeniem dziecka, rozwodem i chorobą dziecka. Natomiast organ rentowy przyjął, iż z uwagi na nieprzystąpienie przez A. C. do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 3 września 2014 r. oraz fakt, że nieterminowa wpłata nie może stanowić podstawy do uznania faktu jej dokonania za wniosek dorozumiany, w okresie od 3 września 2014 r. do 20 października 2014 r. wnioskodawczyni nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Organ wskazał przy tym, że za dwa dni niezdolności do pracy, za które nie przysługuje ubezpieczonej zasiłek, należne są składki na ubezpieczenia społeczne.

Materiał dowodowy zgromadzony w niniejszej sprawie świadczy, że w okresie od 4 września 2013 r. do 2 września 2014 r. A. C. pobierała zasiłek macierzyński, do którego prawo nabyła z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej (tym samym podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z tytułu pobierania zasiłku), nie dokonała jednak w związku z nabyciem prawa do zasiłku macierzyńskiego wyrejestrowania z ubezpieczeń od dnia 4 września 2013 r. i ponownego zgłoszenia od dnia 3 września 2014 r. do ubezpieczeń z tego tytułu. Składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za wrzesień 2014 r. odwołująca opłaciła po terminie i od nieprawidłowej podstawy wymiaru składek, zaś składkę za październik 2014 r. - od pomniejszonej podstawy wymiaru o okres zwolnienia lekarskiego. A. C. zeznała, że powodem nieuiszczenia prawidłowo powyższych składek była nieznajomość prawa, przy czym przyznała, że ostatniego pracownika zatrudniała do grudnia 2013 r.

Z okoliczności sprawy wynika, że w toku ubezpieczenia z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej odwołująca wielokrotnie korzystała z możliwości przywrócenia terminu do opłacenia składek na ubezpieczenie społeczne. W ocenie Sądu Okręgowego, w świetle poczynionych w sprawie ustaleń, negatywna decyzja organu rentowego w przedmiocie wniosku ubezpieczonej o wyrażenie zgody na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za wrzesień i październik 2014 r., była uzasadniona. Należy mieć na względzie cały kontekst działań wnioskodawczyni, która jest przedsiębiorcą, zatem wymagany jest od niej profesjonalizm oraz inicjatywa związana z prowadzoną działalnością, także w odniesieniu do wywiązywania się z obowiązku uiszczania składek na ubezpieczenia społeczne. Nie można zakładać, że jako przedsiębiorca A. C. jest osobą zagubioną wśród przepisów prawa, nieporadną. Wręcz przeciwnie, z przebiegu ubezpieczenia wynika, że zdarzało się w toku kilku lat ubezpieczenia, iż odwołująca uiszczała składki na ubezpieczenie chorobowe z przekroczeniem terminu ich płatności, kilkakrotnie korzystając z możliwości przywrócenia terminu do uiszczenia składki na to ubezpieczenie.

Uzasadniając odwołanie skarżąca powoływała się na swoją trudną sytuację życiową, ostatecznie jednak przyznała, że opóźnienie w zapłacie składek na ubezpieczenie wynikało z nieznajomości prawa.

W toku procesu A. C. nie podniosła żadnych argumentów pozwalających na zakwestionowanie stanowiska organu rentowego. Zarówno urodzenie dziecka czy kradzież samochodu (wrzesień 2013 r.), jak i orzeczenie rozwodu (maj 2014 r.) nastąpiły na długo przed koniecznością opłacenia składki, natomiast zwolnienie lekarskie z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych wystawiono już po opłaceniu składki przez wnioskodawczynię (od 23 września do 19 października 2014 r.).

Niezależnie od powyższego, wskazane okoliczności nie usprawiedliwiają obiektywnie opóźnienia, zwłaszcza że wnioskodawczyni sama przyznała się do nieznajomości prawa w powyższym zakresie. Tym samym nie wykazała okoliczności uzasadniających opłacenie składki z opóźnieniem w stosunku do daty jej płatności. Prowadzi to do wniosku, że nieopłacenie składki za sporne miesiące w określonym terminie nie było skutkiem przeoczenia czy nieświadomości, ale - znajdującym potwierdzenie w dotychczasowym sposobie regulowania przez wnioskodawczynię składek, z uchybieniem terminu ich płatności - zawinionym działaniem wnioskodawczyni.

Taka postawa nie zasługuje na dobrodziejstwo przywrócenia terminu. Oznacza to, że A. C. nie opłaciła za powyższe okresy składek w zakreślonych terminach, a zatem jej dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustało. Stwierdzając powyższe Sąd Okręgowy, na podstawie art.477<sup>14</sup> § 1 k.p.c., oddalił odwołanie od decyzji z dnia 2 maja 2016 r. Decyzja z dnia 2 maja 2016 r. zmieniła zaskarżoną decyzję z dnia 3 kwietnia 2015 r., potwierdzającą tylko fakt podlegania A. C. obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym, niekwestionowany w toku niniejszego procesu. W tej sytuacji postępowanie sądowe w zakresie objętym decyzją stało się zbędne, co uzasadnia umorzenie postępowania z odwołania od decyzji dnia 3 kwietnia 2015 r.

W apelacji od tego wyroku w całości A. C., zastąpiona profesjonalnie, zarzuciła:

I - naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na wynik sprawy, tj. art. 233 k.p.c. i art. 328 § 2 k.p.c., polegające w szczególności na dowolnej, a nie swobodnej ocenie materiału dowodowego i na braku wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego zebranego w sprawie przez:

1/ bezzasadne odmówienie wiary zeznaniom wnioskodawczynie w zakresie przyczyn wpłacenia składki po terminie, które było wynikiem:

- błędnego przekonania, że wnioskodawczynie, zatrudniająca wcześniej pracowników ma opłacić składkę do 15. dnia miesiąca, a nie do 10. dnia miesiąca;

- wyjątkowo trudnej sytuacji życiowej - rozvodu, choroby maleńkiego dziecka, konieczności opieki nad pozostałą dwójką dzieci, problemami finansowymi - co doprowadziło do zamknięcia firmy i udokumentowanego epizodu depresji;

2/ nadinterpretację słów wnioskodawczynie i wybiórczy dobór jej wypowiedzi, która stwierdziła, że przyczyną opóźnienia był splot wyżej wskazanych okoliczności, a nie nieznanostwo prawa;

3/ bezzasadne pominięcie faktu, iż wnioskodawczynie przebywała na zwolnieniu lekarskim od 23 września do 19 października 2014 r., zatem na początku października 2014 r., w terminie płatności składek na ubezpieczenie chorobowe za wrzesień, była w depresji i pod wpływem leków antydepresyjnych, z wizją bankructwa, problemami rodzinnymi (troje dzieci, w tym niemowlę) i finansowymi, co niewątpliwie musiało mieć wpływ na jej ocenę sytuacji i funkcjonowanie w prowadzonej działalności gospodarczej, do której powróciła po roku przebywania na urlopie macierzyńskim;

4/ pominięcie faktu, iż wnioskodawczynie wprawdzie wcześniej wносиła o przywrócenie terminu do opłacania składek, ale zdarzyło jej się to na przestrzeni długiego prowadzenia działalności gospodarczej (od 2007 r.) jedynie trzy razy, w tym:

pierwszy raz przy zgłoszeniu do ubezpieczeń,

drugi raz w dniu 12 września 2013 r.,

trzeci raz - w niniejszej sprawie,

poza wyżej wskazanymi sytuacjami odwołująca opłacała składki za siebie i zatrudnianych pracowników regularnie,

5/ bezpodstawne, nie mające oparcia w zebranych materiale dowodowym uznanie, że nieopłacenie składki za sporny okres w terminie było zawinionym działaniem wnioskodawczynie, a nie skutkiem wykazanej trudnej sytuacji rodzinnej, finansowej, depresji i błędu;

II. - naruszenie prawa materialnego, tj. art. 14 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych przez błędne jego niezastosowanie wynikające z wniosku, że ubezpieczona, pomimo tak ogromnych problemów życiowych i załamania, nie zasługuje na dobrodziejstwo przywrócenia terminu na opłacenie składki.

W świetle powyższych zarzutów apelująca wniosła o zmianę zaskarżonego orzeczenia i uwzględnienie odwołania przez wyrażenie zgody na opłacenie po terminie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiące wrzesień do października 2014 r., które zostały opłacone w dniu 13 października 2014 r., ustalenie, iż A. C. w spornym okresie (od 03.09.2014 r. do 20.10.2014 r.) podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej; ewentualnie uchylenie zaskarżonego orzeczenia i przekazanie sprawy Sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania.

### **Sąd Apelacyjny w Łodzi zważył, co następuje:**

Apelacja ubezpieczonej nie jest zasadna.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, Sąd Okręgowy prawidłowo 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 określone normą art. 233§ 1 k.p.c., nie popełnił też błędów w rozumowaniu w zakresie ustalonych faktów, jak też ich kwalifikacji prawnej, bowiem prawidłowo zinterpretował i zastosował odpowiednie przepisy prawa materialnego. Sąd Apelacyjny akceptując w całości ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji traktuje je jak własne, a to oznacza brak konieczności ich ponownego, szczegółowego przytaczania (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1998 r., I PKN 339/98, OSNP 1999 r. nr 24, poz. 776).

Zgodnie z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1778 ze zm.), osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą, objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, ubezpieczeniu chorobowemu podlegają dobrowolnie na swój wniosek.

Z bezspornych ustaleń Sądu Okręgowego wynika, że A. C. nie dokonała, po zakończeniu okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego, zgłoszenia od dnia 3 września 2014 r. do ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzonej działalności. W dniu 13 października 2014 r. opłaciła składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za wrzesień 2014 r. od nieprawidłowej podstawy wymiaru składek. Nadto opłaciła składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za październik 2014 r. od pomniejszonej podstawy wymiaru o okres zwolnienia lekarskiego. Pismem z dnia 18 listopada 2014 r. ubezpieczona wniosła o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie, nastąpiło to po wydaniu w dniu 30 października 2014 r. decyzji o odmowie prawa do zasiłku chorobowego.

Odnosząc się do stanowiska ubezpieczonej wyrażonego już w odwołaniu, iż w spornym okresie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, ponieważ nigdy nie dokonała wyrejestrowania z dobrowolnego ubezpieczenia w związku z prowadzoną działalnością, należy zwrócić uwagę, że ustawodawca przyjął regułę, zgodnie z którą ubezpieczeniu chorobowemu podlegają jedynie osoby podlegające obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu, ograniczając dodatkowo krąg uprawnionych przez wskazanie konkretnych tytułów uprawniających do takiego ubezpieczenia. Przepis art. 11 ustawy systemowej 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. Ubezpieczeniu chorobowemu podlegają osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą tylko w przypadku podlegania przez nie obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu. Dlatego też wnioskodawczyni w okresie, w którym podlegała ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego, nie legitymowała się żadnym tytułem umożliwiającym jej podleganie ubezpieczeniu chorobowemu.

W okresie otrzymywania zasiłku macierzyńskiego przez osobę prowadzącą działalność gospodarczą ustawodawca przewidział pierwszeństwo obowiązkowego ubezpieczenia emerytalnego i rentowego z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego. W przepisie art. 9 ust. 1c ustawy systemowej mieści się bowiem norma stanowiąca, iż w przypadku spełniania 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 prawodawca zastrzegł, iż

osoby te mogą dobrowolnie na swój wniosek być objęte ubezpieczeniami emerytalnym i rentowym także z pozostałych, wszystkich, bądź wybranych tytułów. Jak z tego wynika, A. C. w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego nie mogła podlegać obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. Ta działalność mogła jedynie stanowić dodatkowy tytuł ubezpieczenia emerytalnego i rentowego, o charakterze dowolnym. Teoretycznie skarżąca mogła 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 odwołująca nie zgłosiła się w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego dobrowolnie do ubezpieczenia emerytalno-rentowego z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, jako dodatkowego tytułu ubezpieczenia. Wobec treści art. 11 ust. 2 ustawy systemowej, umożliwiającego dobrowolne objęcie ubezpieczeniem chorobowym osób podlegających obowiązkowo ubezpieczeniem emerytalno - rentowym ze wskazanych tytułów, wśród których nie wymieniono pobierania zasiłku macierzyńskiego, nie miałyby to zresztą wpływu na rozstrzygnięcie. Innymi słowy, po nabyciu prawa do zasiłku macierzyńskiego zmienia się 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 (...), 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 (...), a następnie zgłosić się do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego na druku (...). Osoba taka może zostać objęta także dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, jeżeli złoży wniosek o objęcie tym ubezpieczeniem, na co ma termin 7 dni od zakończenia pobierania zasiłku macierzyńskiego. Zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy systemowej, 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. W myśl art. 36 ust. 3 i 11 ustawy, obowiązek dokonania zgłoszenia do ubezpieczeń oraz wyrejestrowania z ubezpieczeń należy do płatnika składek.

Jak z powyższego wynika, dobrowolne ubezpieczenie chorobowe A. C., jako osoby prowadzącej pozarolniczą działalność, ustало z datą początkową pobierania zasiłku macierzyńskiego, tj. 4 września 2013 r. (art. 11 ust. 1 i 2 oraz art. 14 ust. 2 pkt 3 ustawy systemowej). Skoro z art. 9 ust. 1c ustawy wynika, że osoba prowadząca pozarolniczą działalność w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jedynie z tytułu pobierania tego zasiłku, to w okresie od 4 września 2013 r. do 2 września 2014 r. wnioskodawczyni nie podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności, a tym samym brak było tytułu do objęcia jej dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym. Tytuł taki mógł powstać dopiero po wyczerpaniu zasiłku macierzyńskiego, czyli od dnia 3 września 2014 r.

Z przytoczonych wyżej regulacji wynika również, że ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, po ustaniu tytułu podlegania temu ubezpieczeniu, wymaga zgłoszenia pisemnego wniosku przez ubezpieczonego. Skoro zatem A. C. 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, a więc z dniem 3 września 2014 r., powinna dokonać zgłoszenia do ubezpieczeń oraz ponownie przystąpić do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Skarżąca winna złożyć stosowny wniosek w terminie 7. dniowym od daty zakończenia okresu zasiłkowego. Takiego wniosku A. C. nie złożyła ani w terminie 7 dni, ani w terminie późniejszym.

W znanym wyroku z dnia 29 marca 2012 r., I UK 339/11 (OSNP 2013 nr 5-6, poz. 68) Sąd Najwyższy wyraził zapatrywanie, 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 dopuszcza możliwość



składania oświadczeń woli per facta concludenta w stosunkach cywilnych, które reguluje prawo prywatne, a nie publiczne. W związku z tym 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. Zatem wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym musi być wyraźny i jednoznaczny. Pogląd ten utrwalił się w judykaturze. Jego potwierdzenie znalazło swój wyraz m.in. w postanowieniu z dnia 7 marca 2018 r., I UK 189/17 (LEX nr 2486873), w którym Sąd Najwyższy stanowczo stwierdził, że w celu ponownego objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym, które ustalo z mocy prawa, konieczne jest złożenie ponownego wniosku o nabycie dobrowolnego tytułu ubezpieczenia społecznego. Stanowisko takie znajduje oparcie w treści przepisów art. 11 ust. 2 w związku z art. 14 ust. 1 i art. 36 ust. 5 ustawy systemowej, które przewidują, że objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym wymaga złożenia wniosku przez osobę objętą obowiązkowo ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym, a następuje ono od dnia wskazanego we wniosku, nie wcześniej niż od dnia, w którym wniosek został złożony. Oznacza to, że złożenie wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym w wybranym przez zainteresowanego terminie jest warunkiem sine qua non powstania dobrowolnego tytułu tego ubezpieczenia, natomiast nie wystarcza samo opłacanie składek na ubezpieczenie, które bez wniosku ubezpieczonego nie może powstać. Również w wyroku z dnia 9 lipca 2015 r., I UK 376/14 (OSNP 2017 nr 6, poz. 72), Sąd Najwyższy wskazał, że przepisy art. 11 ust. 2, jak i art. 14 ust. 1 i 1a ustawy systemowej uzależniają podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu społecznemu od złożenia wniosku, który winien jednoznacznie wskazywać na zamiar podlegania takiemu ubezpieczeniu. Na potwierdzenie powyższego stanowiska Sąd Najwyższy przywołał jednolite orzecznictwo sądów apelacyjnych (wyroki: Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 10 sierpnia 2017 r., III AUa 391/17, LEX nr 2412848; Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 18 maja 2016 r., III AUa 1704/15, LEX nr 2071300; Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 14 kwietnia 2016 r., III AUa 1211/15, LEX nr 2039684; Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 17 lutego 2016 r., III AUa 710/15, LEX nr 2004505; Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 15 kwietnia 2014 r., III AUa 1802/13, LEX nr 1461038; Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 8 marca 2016 r., III AUa 1215/15, LEX nr 2017736; Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 3 września 2015 r., III AUa 365/15, LEX nr 1793885; Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 19 września 2013 r., III AUa 1626/12, LEX nr 1416036; Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 10 stycznia 2013 r., III AUa 895/12, LEX nr 1254426). Sąd drugiej instancji zapatrywania te podziela i uznaje za adekwatne dla sprawy niniejszej.

Skoro A. C. po dniu 2 września 2014 r. nie złożyła wniosku, a co za tym idzie nie przystąpiła ponownie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, to nie podlegała w spornym okresie temu ubezpieczeniu. (...) ubezpieczeń społecznych nie przewiduje reguły, zgodnie z którą w sytuacji „reaktywowania” obowiązkowych ubezpieczeń (emerytalnego i rentowego) ponowne powstanie tytułów dotyczy również dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Ustawodawca przyjął pierwszeństwo woli osoby posiadającej tytuł do podjęcia decyzji w przedmiocie podlegania ubezpieczeniu dobrowolnemu i określił jednocześnie pewne ramy czasowe, uchybienie którym nie rodzi powstania uprawnień w żądanym przez nią terminie. Wnioskodawczyni niewątpliwie wymogów czasowych w zgłoszeniu wniosku w przedmiocie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego nie spełniła.

Z powyższych względów Sąd Okręgowy prawidłowo przyjął, iż odwołująca w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jedynie z tytułu pobierania tego zasiłku. Po zakończeniu okresu pobierania zasiłku, od dnia 3 września 2014 r., wnioskodawczyni została włączona ex lege do ubezpieczenia emerytalno-rentowego z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności. Od tego dnia mogła ponownie przystąpić do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, jednakże powinna złożyć stosowny wniosek w terminie 7 dni od daty wyczerpania zasiłku macierzyńskiego, czego bezspornie nie uczyniła.

W tym miejscu wyjaśnienia wymaga, że instytucja wyrażenia przez ZUS zgody na opłacenie składek po terminie zasadniczo może znaleźć zastosowanie wówczas, gdy dokonano skutecznego zgłoszenia do ubezpieczenia. Skoro zaś ubezpieczona zgłoszenia takiego nie dokonała, to nie mogła skorzystać z dobrodziejstwa art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Formularz (...), którego celem jest porządkowanie okresów podlegania ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu, nie zastępuje terminowego zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Nawet gdyby uznać, że przepis art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej znajduje w takim

przypadku zastosowanie, to w rozpatrywanej sprawie nie ma podstaw do kwestionowania decyzji organu rentowego, zaakceptowanej przez Sąd Okręgowy. Sąd Apelacyjny podziela przekonanie Sadu Okręgowego, że skoro A. C. była wiele lat przedsiębiorcą, to uzasadnione jest oczekiwanie od niej 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. Sąd Okręgowy trafnie uznał, że kryteria zastosowane przez organ rentowy, odmawiający wnioskodawczyni zgody na dokonanie zapłaty składek po terminie były jasne, a odmowa wyrażenia zgodny na opłacenie tychże składek zasadna. Ubezpieczona wielokrotnie uchybiała terminowi do opłacenia składek, poczynając od listopada 2007 r. i organ rentowy wyraził zgodę na opłacenie składek po terminie (w dniu 24 września 2013 r., ale zgoda dotyczyła sześciu przypadków). Wnioskodawczyni powinna mieć rozeznanie, do jakiej daty opłacić musi składki przedsiębiorca zatrudniający pracowników, a do jakiej daty przedsiębiorca niezatrudniający pracowników, jest to wiedza wśród przedsiębiorców dość powszechna. Słusznie przy tym skonstatował Sąd Okręgowy, że sytuacje losowe, na które powołała się odwołująca - urodzenie dziecka, kradzież samochodu (wrzesień 2013 r.), orzeczenie rozwodu (maj 2014 r.), miały miejsce dużo wcześniej, niż obowiązek opłacenia składki przy zamiarze przystąpienia do ubezpieczenia chorobowego we wrześniu 2014 r., nadto zwolnienie lekarskie z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych wystawiono już po upływie terminu do opłacenia pierwszej składki i złożenia wniosku przez skarżącą (od 23 września do 19 października 2014 r.). Jako przyczyny uzasadniające wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie wskazuje się okoliczności, które obiektywnie wyjaśniają, że zapłata składek w terminie była niemożliwa, albo niezapłacenie ich w terminie było niezależne od woli ubezpieczonego, a samo niezapłacenie składek w terminie nie było spowodowane tylko zaniedbaniem (brakiem staranności) ubezpieczonego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 stycznia 2016 r., I UK 35/15, OSNP 2017 nr 8, poz. 99). Okoliczności podniesione przez A. C. nie są takiego typu. Ubezpieczona dostrzegając, że jej stan zdrowia wskutek nawarstwienia różnych obowiązków i przeżyć pogarsza się powinna tym bardziej poczynić wszelkie starania celem uiszczenia składek oraz zachowania prawa do ewentualnego zasiłku chorobowego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej.

W tym stanie rzeczy, nie znajdując podstaw do uwzględnienia zaskarżenia, Sąd Apelacyjny polemiczną apelację ubezpieczonej oddalił na podstawie art. 385 k.p.c.