

Sygn. akt III A Ua 504/19

## WYROK

### W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 stycznia 2020 r.

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

**Przewodniczący: sędzia Irena Różańska-Dorosz /spr./**

**Sędziowie: Ireneusz Lejczak**

**Grażyna Szyburska-Walczak**

**Protokolant: Katarzyna Wojciechowska**

**po rozpoznaniu w dniu 29 stycznia 2020 r. we Wrocławiu**

**na rozprawie**

**sprawy S. A.**

**przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w W.**

**o podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu**

**na skutek apelacji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w W.**

**od wyroku Sądu Okręgowego w Świdnicy Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych**

**z dnia 20 lutego 2019 r. sygn. akt VII U 1217/18**

**I. o d d a l a apelację;**

**II. zasądza od strony pozwanej na rzecz wnioskodawcy kwotę 240,- zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.**

## UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 20 lutego 2019 r. Sąd Okręgowy w Świdnicy zmienił zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w W. z dnia 22 października 2018 r. ten sposób, że stwierdził iż S. A., jako osoba prowadząca działalność gospodarczą w okresie od 1 września 2014 r. do 30 września 2014 r., nie podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu oraz zasądził od strony pozwanej na rzecz wnioskodawcy kwotę 180,- zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Rozstrzygnięcie to oparł Sąd Okręgowy na następujących ustaleniach faktycznych:

S. A. od dnia 13 grudnia 2010 r. podlegał obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu oraz dobrowolnemu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, dla której podstawę wymiaru składek stanowiła zadeklarowana kwota nie niższa niż 30% minimalnego wynagrodzenia. Od 1 stycznia 2013 r. wnioskodawca dokonał zgłoszenia do ubezpieczeń jako osoba prowadząca działalność gospodarczą, dla

której podstawa wymiaru składek stanowiła zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% przeciętnego prognozowanego wynagrodzenia.

W dniu 26 września 2014 r. wnioskodawca złożył u strony pozwanej druki - ZUS ZWUA dokonując wyrejestrowania się z ubezpieczeń od dnia 1 września 2014 r. i ZUS ZUA zgłaszając się do obowiązkowych ubezpieczeń od dnia 1 września 2014 r. bez dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

Za miesiąc wrzesień 2014 r. wnioskodawca opłacił składki na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne, natomiast nie opłacił składki na ubezpieczenie chorobowe dobrowolne. Tego samego dnia 26 września 2014 r. wnioskodawca złożył druk - ZUS ZUA zgłaszając się do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych oraz dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od dnia 1 października 2014 r.

Za październik 2014 r. wnioskodawca zadeklarował podstawę wymiaru składek za siebie na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne oraz dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w wysokości 9.365,00 zł.

Od 4 listopada 2014 r. do 6 lutego 2015 r. wnioskodawca był niezdolny do pracy z powodu choroby, a następnie od 27 października 2015 r. do dnia wydania zaskarżonej decyzji występował do organu rentowego o wypłatę zasiłków chorobowych tak, aby przerwy pomiędzy zasiłkami nie przekroczyły pełnych 3 miesięcy kalendarzowych. Kwota wypłaconych zasiłków chorobowych została obliczona od podstaw wymiaru składek za październik 2014 r.

Pismem z dnia 22 sierpnia 2018 r. strona pozwana wszczęła postępowanie w sprawie ustalenia, czy wnioskodawca prawidłowo dokonał wyrejestrowania z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w okresie 1 września 2014 r. do 30 września 2014 r. z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej.

Zaskarżoną decyzją z dnia 22 października 2018 r. strona pozwana stwierdziła, że wnioskodawca jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 1 września 2014 r. do 30 września 2014 r.

Przy tak poczynionych ustaleniach faktycznych Sąd Okręgowy uznał, że odwołanie jest zasadne, bowiem organ rentowy obejmując wnioskodawcę dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym za wrzesień 2014 r. nie wskazał żadnej podstawy prawnej tej decyzji, przez co już z tego powodu można uznać ją za wadliwą, a ponadto pozostaje ona w sprzeczności z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dobrowolnych ubezpieczeń społecznych.

Organ rentowy wydając zaskarżoną decyzję zakwestionował zamiar wnioskodawcy co do podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu za miesiąc wrzesień 2014 r. wskazując, że przez wszystkie okresy prowadzenia działalności gospodarczej podlegał on dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, a wyrejestrowując się z ubezpieczenia, by następnie znów do niego przystąpić wnioskodawca mógł uzyskać wysokie świadczenie zasiłkowe, co też miało miejsce.

Zgodnie z art. 11 ust. 2 w zw. z art. 14 ust. 1 i 1a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych osoba prowadząca działalność gospodarczą podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu na swój wniosek, zaś objęcie tym ubezpieczeniem następuje od dnia wskazanego we wniosku, nie wcześniej niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony i tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnych i rentowych zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4 ustawy, czyli w ciągu 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia.

Z kolei dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z ubezpieczenia chorobowego, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony lub od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie.

Z przytoczonych uregulowań wynika jednoznacznie, że objęcie i wyłączenie z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego może być wynikiem zgłoszenia wniosku przez ubezpieczonego, jako wyraz jego woli. Ponadto wyłączenie może nastąpić na skutek nieopłacenia składki w terminie.

Przepis art. 36 ust. 5 ustawy systemowej stanowi natomiast, że osoby, które są obejmowane ubezpieczeniami społecznymi na zasadach dobrowolności, zgłaszają wniosek o objęcie ich ubezpieczeniem w terminie przez nie wybranym. Regulacja ta zasadniczo wyłącza jakąkolwiek możliwość ingerencji ZUS w kwestie dotyczące woli przedsiębiorcy, w zakresie podlegania ubezpieczeniu dobrowolnemu. Objęcie ubezpieczeniem dobrowolnym jest uzależnione tylko i wyłącznie od woli osoby ubezpieczonej, która może wyrazić chęć objęcia tym ubezpieczeniem. Osoba ubezpieczona może w sposób dowolny kształtować schemat swojego ubezpieczenia, jest władna złożyć wniosek o objęcie ubezpieczeniem jak również zrezygnować z tego ubezpieczenia w dowolnej chwili. Organ rentowy nie jest w tym przypadku władny ingerować w wolę osoby ubezpieczonej. Tym bardziej nie jest upoważniony do objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym osoby wbrew jej woli.

Z art. 14 ustawy systemowej nie wynika żadne uprawnienie organu, umożliwiające przymusowe objęcie osoby prowadzącej pozarolniczą działalność dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Decyzja określająca podleganie ubezpieczeniom ma charakter deklaratoryjny, zatem tylko stwierdza istnienie obowiązku ubezpieczenia lub stan ubezpieczenia. W przypadku dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego decyzja ZUS może jedynie potwierdzić czy w danym okresie osoba była ubezpieczona dobrowolnie czy też nie. Decyzja ta nie może natomiast prowadzić do ukształtowania stanu ubezpieczenia przedsiębiorcy, do czego w istocie zmierzała strona pozwana wydając zaskarżoną decyzję.

Okoliczności podnoszone w decyzji oraz odpowiedzi na odwołanie, wskazujące na nieadekwatność świadczeń wypłaconych w stosunku do pobranej składki, nie mają żadnego znaczenia dla rozstrzygnięcia, skoro bezwzględnie obowiązujące w spornym okresie przepisy ustawy systemowej pozwalały ubezpieczonym na kształtowanie dobrowolnego ubezpieczenia w ten sposób.

Ponadto, co istotne, wnioskodawca nie opłacił składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za wrzesień 2014 r., zatem niezależnie od złożonego wniosku o wyłączenie z tego ubezpieczenia, na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy również byłby wyłączony z tego ubezpieczenia we wrześniu 2014 r. Przywrócenie terminu do opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe jest możliwe wyłącznie na wniosek ubezpieczonego, a nie z urzędu.

Wobec powyższego Sąd Okręgowy uznał, że zarówno na podstawie wniosku z dnia 26 września 2014 r., jak i wobec nieopłacenia składki za wrzesień 2014 r., ubezpieczony nie podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w terminie określonym w zaskarżonej decyzji. Natomiast skutecznie zgłosił się do tego ubezpieczenia ponownie od dnia 1 października 2014 r.

Z tych względów Sąd Okręgowy zmienił zaskarżoną decyzję uznając, że wnioskodawca w spornym okresie nie podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Rozstrzygnięcie o kosztach zastępstwa procesowego wydano na podstawie art. 98 k.p.c. w zw. z § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (t.j.: Dz.U.2015.1800).

Powyższy wyrok zaskarżył apelacją organ rentowy zarzucając:

1. naruszenie przepisu art. 11 ust. 2 w zw. z art. 14 ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j.: Dz.U.2017.1718 ze zm.) poprzez błędną wykładnię i sprowadzenie sporu do kwestii czysto formalnego złożenia wniosku o wyłączenie z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego bądź nieopłacenia składek na to ubezpieczenie bez odniesienia się do podmiotu, który ten wniosek składa, a w szczególności definicji strony, która winna mieć w złożeniu wniosku interes chroniony prawem;

2. błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę orzeczenia polegający na pominięciu istotnego dowodu w sprawie, a mianowicie zeznań wnioskodawcy, z których wynika, że jego zamiarem nie było ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od dnia 1 września 2014 r., a podwyższenie składek w związku z niezdolnością do pracy.

Wskazując na powyższe zarzuty strona pozwana wniosła o zmienne zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie odwołania i zasądzenie od wnioskodawcy na rzecz organu rentowego kosztów zastępstwa procesowego za obie instancje.

Wnioskodawca w odpowiedzi na apelację wniósł o jej oddalenie i zasądzenie od strony pozwanej na jego rzecz kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego przed sądem II instancji wg norm przewidzianych.

### **Sąd Apelacyjny zważył:**

Apelacja strony pozwanej jako bezzasadna podlegała oddaleniu.

Sąd Okręgowy dokonał w sprawie prawidłowych ustaleń faktycznych oraz prawidłowej oceny prawnej, które Sąd Apelacyjny w całości aprobuje i podziela. Skarżący organ rentowy nie zdołał podważyć zasadności stanowiska Sądu pierwszej instancji, bowiem w treści apelacji przedstawił jedynie własną interpretację przepisów odmienną od przyjętej przez Sąd Okręgowy, nie znajdującą przy tym potwierdzenia w utrwalonym orzecznictwie Sądu Najwyższego, a także sądów powszechnych.

Nie jest uzasadniony podniesiony w apelacji zarzut naruszenia art. 14 ust. 1 i 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Ma bowiem rację Sąd Okręgowy uznając, że warunkiem powstania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą jest złożenie wyraźnego wniosku o objęcie takim ubezpieczeniem.

Uszło uwadze skarżącego, że stosownie do art. 11 ust. 2 w zw. z art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą, objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, **podlegają ubezpieczeniu chorobowemu jedynie dobrowolnie, na swój wniosek.** W myśl art. 36 ust. 3 powołanej ustawy obowiązek zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy systemowej, należy do tych osób. Zgodnie z art. 36 ust. 5 ustawy, osoby, które są obejmowane ubezpieczeniami społecznymi na zasadach dobrowolności, zgłaszają wniosek o objęcie ich ubezpieczeniem w terminie przez siebie wybranym, z tym że objęcie ich tymi ubezpieczeniami następuje od dnia wskazanego we wniosku, jednakże nie wcześniej niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony (art. 14 ust. 1 ustawy).

Z kolei dobrowolne ubezpieczenie ustaje w okolicznościach wymienionych w art. 14 ust. 2 ustawy, to jest: 1) od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony; 2) od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie - w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących, duchownych oraz osób wymienionych w art. 7; w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, z zastrzeżeniem ust. 2a; 3) od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom.

Z jednoznacznego, wyraźnego brzmienia przepisu art. 14 ustawy wynika, że nie jest możliwe objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem, w tym także chorobowym, od wcześniejszej daty, niż data w której wniosek został zgłoszony oraz że do powstania stosunku prawnego dobrowolnego ubezpieczenia niezbędny jest wniosek ubezpieczonego. Przepis art. 14 ustawy jest normą bezwzględnie obowiązującą (ius cogens) i jakakolwiek odmienna interpretacja nie jest w tym zakresie dopuszczalna. Literalna wykładnia przepisu art. 14 ust. 1 prowadzi do wniosku, że w sytuacji ustania tytułu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu społecznemu (art. 14 ust. 2 ustawy), ponowne objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami społecznymi wymaga złożenia nowego wniosku przez zainteresowanego. Ustawodawca wymaga

zatem dla skutecznego objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem złożenia przez zainteresowanego stosownego wniosku i to wniosku wyraźnego, jednoznacznego.

W sytuacji, gdy dobrowolne ubezpieczenie chorobowe wnioskodawcy ustąpiło na skutek wyrejestrowania się z ubezpieczeń społecznych, jak również z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w dniu 26 września 2014 r., a dodatkowo nie opłacił on składki na ubezpieczenie chorobowe za miesiąc wrzesień 2014 r. - to ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym wymagało złożenia w tym zakresie ponownego wniosku. Wykładnia językowa art. 11 ust. 2 oraz art. 14 ust. 1 i 1a ustawy wskazuje na konieczność złożenia przez ubezpieczonego odpowiedniego wniosku jako warunku objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Wobec tego nie można przyjąć dorozumianego oświadczenia wnioskodawcy o objęcie go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, a tym bardziej obejmować go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z urzędu, gdyż brak do tego podstaw. Skoro wnioskodawca po wyrejestrowaniu się z ubezpieczeń społecznych oraz dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego zgłosił się ponownie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z dniem 1 października 2014 r., to należało przyjąć, że od tej daty podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, z wyższą podstawą wymiaru składek. Przepis art. 14 ust. 1 ustawy stanowi jednoznacznie, że objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem następuje od dnia zgłoszenia wniosku lub późniejszego terminu wskazanego w tym wniosku.

Wbrew stanowisku organu rentowego, od uchwały siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 21 kwietnia 2010 r., II UZP 1/10 (OSNP 2010/21-22/267) nie ma w judykaturze wątpliwości interpretacyjnych na tle normy art. 18 ust. 8 ustawy systemowej co do tego, że wysokość składek nie jest związana z faktycznie osiągniętym przychodem i jego wysokością, lecz jedynie z istnieniem tytułu ubezpieczenia i zadeklarowaną kwotą. W uzasadnieniu uchwały Sąd Najwyższy wyłożył, z czym należy zgodzić się w pełni, że po stronie płatnika-przedsiębiorcy istnieje uprawnienie do zadeklarowania dowolnej kwoty, w ustawowych granicach, jako podstawy wymiaru składek, jest to jego wyłączna decyzja i jakakolwiek ingerencja w tę sferę Zakładu Ubezpieczeń Społecznych jest niedopuszczalna, niemożliwe jest także kwestionowanie zadeklarowanej podstawy z powołaniem się na art. 58 k.c. czy art. 5 k.c., ponieważ deklaracja podstawy wymiaru składek nie jest czynnością prawa cywilnego. Dodatkowo Sąd Najwyższy zauważył, że właściwością stosunków ubezpieczenia społecznego jest występowanie szczególnego rodzaju zależności polegającej na tym, że objęcie ochroną ubezpieczeniową wiąże się z powstaniem obowiązku opłacania składek. Zależność ta nie przybiera jednak w ubezpieczeniu społecznym znamion wzajemności (ekwiwalentności) w znaczeniu przyjętym w prawie cywilnym. Oba elementy stosunku ubezpieczenia (składka ubezpieczeniowa oraz ochrona ubezpieczeniowa) nie są równoważne (wymienialne), bowiem zasada ekwiwalentności świadczeń jest w tym stosunku modyfikowana przez zasadę solidarności społecznej. Stosunków ubezpieczenia społecznego nie da się zatem zakwalifikować do stosunków zobowiązaniowych, nie można tu mówić, tak jak w przypadku cywilnoprawnych zobowiązań wzajemnych, o ścisłej współzależności składki i świadczenia. Składka w ubezpieczeniach społecznych jest wprawdzie osobistym wkładem ubezpieczonego, ale z przeznaczeniem na tworzenie ogólnego funduszu ubezpieczeniowego, z którego prawo do świadczeń czerpią ci ubezpieczeni, którym ziści się określone dane ryzyko. Jeśli więc przepis prawa ubezpieczeń społecznych o charakterze *ius cogens* zezwala na zadeklarowanie podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe na poziomie do 250% przeciętnego wynagrodzenia w oderwaniu od pojęcia rzeczywistego przychodu, to zachowanie płatnika, realizującego swe uprawnienie w oparciu o taki bezwzględnie obowiązujący przepis prawa, nie może być podważane (por. także wyrok SN z dnia 11 grudnia 2014 r., I UK 145/14, LEX nr 1622302). Sąd Apelacyjny zapatrywania te podziela i uznaje za adekwatne do okoliczności sprawy niniejszej.

Podsumowując powyższe rozważania, Sąd Apelacyjny uznał, że nie można było podzielić stanowiska prezentowanego przez apelujący organ rentowy, iż do ponownego powstania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego osoby prowadzącej działalność gospodarczą nie jest konieczne złożenie wniosku o objęcie tego typu ubezpieczeniem. Osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega ubezpieczeniu chorobowemu na zasadzie dobrowolności, a objęcie tym ubezpieczeniem realizuje się przez zgłoszenie stosownego wniosku (por. wyrok SN z dnia 29 marca 2012 r., I UK 339/11, LEX nr 1289188).

Reasumując, Sąd Apelacyjny uznał zaskarżone orzeczenie za trafne, a zarzuty apelacji za nieuzasadnione, bowiem w aktualnym stanie prawnym ustawodawca przyjął pierwszeństwo woli osoby posiadającej tytuł do podjęcia decyzji w przedmiocie podlegania ubezpieczeniu dobrowolnemu.

Mając powyższe na uwadze, na podstawie art. 385 k.p.c. Sąd Apelacyjny oddalił apelację w całości.

Rozstrzygnięcie w przedmiocie kosztów zastępstwa procesowego uzasadnia przepis art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. art. 99 k.p.c. w treści którego wyrażona została zasada odpowiedzialności za wynik procesu, co oznacza, że strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu). Stosując regulację z rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22.10.2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (t.j.: Dz.U.2018.265) zasądzono kwotę 240,- zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym, tj. stawkę minimalną przewidzianą przepisami powyższego rozporządzenia, o czym orzeczono w pkt II sentencji.

Grażyna Szyburska-Walczak Irena Różańska-Dorosz Ireneusz Lejczak