

Sygn. akt III AUa 905/19

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 lutego 2020 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku - III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Iwona Krzczowska-Lasoń
Sędziowie:	SSA Małgorzata Gerszewska SSO del. Beata Golba-Kilian
Protokolant:	sekr. sądowy Sylwia Gruba

po rozpoznaniu w dniu 26 lutego 2020 r. w Gdańsku

sprawy A. T.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w E.

o podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu

na skutek apelacji A. T.

od wyroku Sądu Okręgowego w Elblągu- IV Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 9 maja 2019 r., sygn. akt IV U 737/18

oddala apelację.

SSA Małgorzata Gerszewska SSA Iwona Krzczowska-Lasoń SSO del. Beata Golba-Kilian

Sygn. akt III AUa 905/19

UZASADNIENIE

A. T. wniósł odwołanie od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w E. z 23 maja 2018 roku stwierdzającej, że jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą nie mająca ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, podlegał on dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu w okresach od 1 sierpnia do 30 września 2014 roku, od 1 listopada 2014 roku do 28 lutego 2015 roku oraz od 1 stycznia do 28 lutego 2017 roku. Wnioskodawca się domagał się objęcia go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym za cały okres od 1 stycznia 2013 roku do 31 marca 2018 roku i wskazał, że poprzez złożenie korekty dokumentów jednoznacznie wyraził chęć objęcia ubezpieczeniem chorobowym, a organ rentowy wyraził zgodę na

opłacenie składek po terminie poprzez przyjmowanie od niego wpłat składek na ubezpieczenie chorobowe oraz wypłacenie mu zasiłku chorobowego w spornym okresie.

Pozwany organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania.

Sąd Okręgowy Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Elblągu wyrokiem z 9 maja 2019 roku oddalił odwołanie (pkt I) oraz zasądził od odwołującego na rzecz pozwanego organu rentowego kwotę 180 zł tytułem zwrotu kosztów procesu (pkt II).

Sąd Okręgowy ustalił, iż A. T. od dnia 25 kwietnia 2008 roku prowadzi działalność gospodarczą pod firmą P.H.U. (...) z siedzibą w M..

Z uwagi na nieterminowe opłacanie składek za miesiące styczeń-sierpień 2013 roku, 21 listopada 2013 roku odwołujący się złożył korekty dokumentów rozliczeniowych, nie uwzględniając w nich jednak kwoty składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. W wyniku przeprowadzonej u odwołującego kontroli w okresie od 5 do 20 maja 2014 roku, pozwany stwierdził, że skarżący nie zgłosił do ubezpieczeń społecznych pracowników P. Ż. za okres od 1 października 2012 roku do 30 września 2013 roku oraz M. Z. za okres od 1 grudnia 2013 roku do 31 marca 2014 roku i nie opłacił za te okresy należnych składek. Płatnik nie zgłosił zastrzeżeń do protokołu kontroli w wyznaczonym terminie. W czerwcu 2014 roku skarżący złożył korekty dokumentacji rozliczeniowej uwzględniając w niej składki na ubezpieczenie w/w pracowników. W oparciu o złożone korekty pozwany dokonał zmiany rozliczenia składek na koncie ubezpieczonego poprzez przeksięgowanie składek w należnej wysokości z konta ubezpieczonego na konta w/w pracowników. W konsekwencji w wysokości uregulowanych przez skarżącego pierwotnie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, w tym za okres od września do grudnia 2013 roku powstały niedopłaty, które następnie zostały pokryte dopiero z kolejnych wpłat dokonanych już po ustawowym terminie do uiszczenia składek. Wnioskiem z 14 października 2015 roku skarżący zwrócił się do pozwanego o wyrażenie zgody na opłacenie po terminie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za okres od września do grudnia 2013 roku. Pismem z 9 listopada 2015 roku pozwany poinformował skarżącego o niewyrażeniu zgody oraz o możliwości wystąpienia do pozwanego o wydanie decyzji o okresach podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, od której to będzie przysługiwało ubezpieczonemu prawo dowożenia do Sądu. Decyzją z 30 listopada 2015 roku organ rentowy odmówił skarżącemu prawa do zasiłku chorobowego za okres od 17 stycznia do 10 lipca 2014 roku oraz zobowiązał go do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego za w/w. Sąd Rejonowy w Elblągu wyrokiem z 3 marca 2017 roku wydanym w sprawie IV U 65/17, zmienił w/w decyzję w części, w jakiej organ rentowy zobowiązał skarżącego do zwrotu odsetek od nienależnie pobranego zasiłku chorobowego, zaś w pozostałym zakresie odwołanie oddalił. Sąd Okręgowy w Elblągu (IV Ua 30/17) oddalił apelację skarżącego od w/w wyroku. 16 lutego 2018 roku skarżący został wezwany do złożenia dokumentów rozliczeniowych za okres od stycznia do lipca 2014 roku z prawidłowo wskazaną podstawą wymiaru składki. Wobec nie złożenia przez skarżącego wymaganych dokumentów organ rentowy wydał 5 kwietnia 2018 roku decyzję wymiarową za okres od stycznia do lipca 2014 roku ze wskazaniem prawidłowej podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne. Powyższą decyzję zaskarżył ubezpieczony. W świetle powyższego pozwany ostatecznie ustalił, że składki za październik 2014 roku, okres od marca 2015 roku do grudnia 2016 roku i od marca 2017 roku do lipca 2018 roku zostały opłacone przez skarżącego po terminie, a składka za październik 2018 roku została opłacona w niepełnej wysokości. Z kolei składki za okres od sierpnia do września 2014 roku, od listopada 2014 roku do lutego 2015 roku

i od stycznia do lutego 2017 roku zostały opłacone w terminie i w prawidłowej wysokości. 25 kwietnia 2018 roku skarżący wystąpił do pozwanego z wnioskiem o wydanie decyzji

o podleganiu dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej za okres od 1 stycznia 2013 roku do 31 marca 2018 roku, w wyniku czego pozwany wydał zaskarżoną decyzję.

W podstawie prawnej rozstrzygnięcia Sąd Okręgowy wskazał art. 6 ust. 1 pkt 5 i art. 11 ust. 2 oraz 14 ust. 1, 1a, i 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, podkreślając, że przystąpienie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, jest obwarowane określonym formalizmem, tj. terminowym opłacaniem składek na to ubezpieczenie. Zaniedbanie opłacenia składki, zapłata składki w niepełnej wysokości lub po terminie prowadzą do ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Sąd Okręgowy podkreślił,

że wystąpienie na koncie odwołującego zaległości w zapłacie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za okres od września do grudnia 2013 roku spowodowało ustanie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, zaś kolejne wpłaty były rozliczane na najstarsze zaległości, przez co w kolejnych miesiącach również powstawały niedopłaty. W piśmie z 9 listopada 2015 roku (pismo z tego dnia nosiło wszelkie znamiona decyzji administracyjnej), organ rentowy nie wyraził zgody na opłacenie składek po terminie i wskazał, że odwołujący się nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 1 września do 31 grudnia 2013 roku i od 1 marca do 30 września 2015 roku. Wnioskodawca nie zaskarżył tej decyzji, przez co miała ona charakter wiążący. Co więcej w sprawie IV U 65/16 Sąd Rejonowy w Elblągu stwierdził, że wnioskodawca nie podlegał ubezpieczeniu chorobowemu, gdyż w wyniku pokontrolnego rozliczenia jego konta, ubezpieczenie chorobowe skarżącego ustało. Jako że, stosownie do art. § 1 k.p.c. prawomocny wyrok wiąże strony i sąd oraz inne sądy oraz organy państwowe i administracyjne, okres do lipca 2014 roku nie mógł podlegać merytorycznemu badaniu w niniejszej sprawie. Odnośnie pozostałych okresów, w których pozwany nie objął skarżącego dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, Sąd Okręgowy wskazał, iż bez względu na to czy odwołujący się poprzez czynności dorozumiane skutecznie przystąpił do ubezpieczenia chorobowego, czy też winien on złożyć nowy wniosek o objęcie go tym ubezpieczeniem, to jednak sam fakt dokonywania przez skarżącego wpłat na ubezpieczenie, nie przesądzał automatycznie o podleganiu przez niego temu ubezpieczeniu. Przedstawione przez pozwanego rozliczenie konta jednoznacznie wskazuje, że wpłaty rozliczane były również na istniejące we wcześniejszych okresach zaległości, przez co składki na bieżące miesiące nie zawsze były księgowane w pełnej wysokości. Opłacenie składki po terminie lub w niepełnej wysokości, a więc również zaksięgowanie składki za dany miesiąc w niepełnej wysokości, powoduje ustanie ubezpieczenia chorobowego. Przedłożone przez skarżącego potwierdzenia transakcji bankowych świadczą jedynie o dokonaniu wpłaty, nie zaś o pokryciu należności za konkretny miesiąc i nie może tym samym stanowić podstawy do objęcia go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym we wnioskowanym przez niego okresie.

W związku z powyższym Sąd Okręgowy, na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. oddalił odwołanie. O kosztach procesu Sąd ten orzekł na podstawie art. 98 § 1 k.p.c., art. 99 k.p.c. oraz § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych.

Apelację od powyższego wyroku wywiódł A. T. zaskarżając go w całości i domagając się jego zmiany i uznania, że podlega on dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 1 stycznia 2013 roku do 31 marca 2018 roku oraz zasądzenia kosztów postępowania apelacyjnego. Apelujący zarzucił naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. przez dowolną ocenę zgromadzonego materiału dowodowego i poczynienie błędnych ustaleń faktycznych, a także naruszenie art. 365 § 1 k.p.c. poprzez uznanie, iż w niniejszej sprawie występuje związanie Sądu prawomocnym wyrokiem wydanym w sprawie IV U 65/16 dotyczącej jedynie zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego, a nie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Skarżący zarzucił także naruszenie art. 60 k.c. w zw. z art. 65 k.c. poprzez jego pominięcie i nie uznanie, że poprzez dokonywanie regularnych wpłat na ubezpieczenie chorobowe skarżący wyrażał wolę objęcia go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Ponadto zarzucił on naruszenie art. 14 ust. 1 i 2a oraz art. 14 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, poprzez uznanie, że ciągłe i systematyczne wpłaty na poczet dobrowolnego ubezpieczenia społecznego nie są wystarczające do uznania, że podlega się dobrowolnemu ubezpieczeniu społecznemu.

W uzasadnieniu apelacji skarżący wskazał, iż dla objęcia płatnika dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym wystarczające jest wyrażenie dla organu rentowego dorozumianej woli w postaci opłacania składek na to ubezpieczenie, co też skarżący uczynił. Od zawsze opłacał on składki w terminie. Co więcej w pewnym momencie na jego koncie występowała również nadpłata. Nie można więc mówić o tym, że jakieś wpłaty zostały zaliczone na najstarsze zaległości, albowiem zaległych wpłat nigdy nie było. Sąd Okręgowy błędnie uznał, że pismo, które otrzymał skarżący z informacją, iż nie wyrażono mu zgody na opłacenie składek po terminie jest decyzją. Pismo to, nie zawierało bowiem pouczenia o możliwości odwołania się, co dyskredytowało je jako decyzję. Stąd, też zachowanie skarżącego w zakresie przedmiotowego pisma należy uznać za słuszne i nie można go oceniać w sposób negatywny.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Apelacja odwołującego nie zasługiwała na uwzględnienie.

Przedmiot sporu w niniejszej sprawie sprowadzał się do ustalenia czy A. T. podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej w okresie: od 1 stycznia 2013 roku do 31 lipca 2014 roku, w październiku 2014 roku, od 1 marca 2015 roku do 31 grudnia 2016 r. oraz od 1 marca 2017 roku do 31 marca 2018 roku

Zdaniem Sądu Apelacyjnego we wskazanym powyżej zakresie Sąd Okręgowy zasadniczo przeprowadził poprawne postępowanie dowodowe, a 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 też uchybień w zakresie zarówno ustalonych faktów, jak też ich kwalifikacji prawnej, które mogłyby uzasadnić ingerencję w treść zaskarżonego orzeczenia. Uzupełniając ustalenia faktyczne Sądu I instancji należy dodać, że już decyzją z 6 maja 2013 roku organ rentowy odmówił odwołującemu prawa do zasiłku chorobowego za okres od 27 marca do 14 kwietnia 2013 roku. W uzasadnieniu tej decyzji organ rentowy wskazał, że odwołujący się od 1 grudnia 2012 roku nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu gdyż nie opłacił w terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za grudzień 2012 roku, a składki za styczeń, luty i marzec 2013 roku zapłacił po terminie (decyzja z 6 maja 2013 roku k. 111 akt sprawy). Ubezpieczony decyzji tej nie zaskarżył i nie złożył wniosku o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie. Co istotne, składając 21 listopada 2013 roku deklarację ZUS ZUA skarżący nie zadeklarował przystąpienia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 1 grudnia 2012 roku. Uczynił to dopiero w odniesieniu do okresu od 1 września 2013 roku (pismo ZUS z 14 grudnia 2016 roku k. 90 akt sprawy IV Ua 30/17). Co prawda od tej daty skarżący uiszczał składki na własne obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, ale nie zgłosił on do ubezpieczeń społecznych pracowników P. Ż. i M. Z. i nie zapłacił należnych z tego tytułu składek za okres za okres odpowiednio od 1 października 2012 roku do 30 września 2013 roku i od 1 grudnia 2013 roku do 31 marca 2014 roku. Na skutek złożonej przez siebie 15 czerwca 2014 roku korekty deklaracji, w której uwzględnił składki na ubezpieczenie w/w pracowników, ZUS dokonał ponownego rozliczenia dokonanych przez niego dotychczas wpłat, w wyniku czego na jego koncie powstała niedopłata i składki na ubezpieczenie społeczne, w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za okres od września do grudnia 2013 roku zostały opłacone po obowiązującym terminie (protokół kontroli k. 45-55 akt ZUS, pismo ZUS

z 19 sierpnia i 29 września 2015 roku k. 39 i 40 akt ZUS). 14 października 2015 roku wnioskodawca złożył wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie po terminie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za okres od września do grudnia 2013 roku. Pismem z 9 listopada 2015 roku organ rentowy odmówił wyrażenia zgody na opłacanie składek po terminu oraz poinformował odwołującego o możliwości zgłoszenia wniosku o wydanie decyzji o okresach podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, od której to będzie przysługiwało ubezpieczonemu prawo dowołania do Sądu (wniosek odwołującego k. 43 akt ZUS, pismo ZUS z 9 listopada 2015 roku k. 56 akt ZUS). Wnioskodawca w żaden sposób nie ustosunkował się do treści pisma ZUS z 9 listopada 2015 roku i nie podjął żadnych kroków zmierzających do zakwestionowania stanowiska organu rentowego wyrażonego w w/w piśmie. Decyzją z 30 listopada 2015 roku organ rentowy odmówił skarżącemu prawa do zasiłku chorobowego za okres od 17 stycznia do 10 lipca 2014 roku oraz zobowiązał go do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego za w/w okres. Odwołanie A. T. od tej decyzji zostało oddalone (za wyjątkiem obowiązku zwrotu odsetek) wyrokiem Sądu Rejonowego w Elblągu z 3 marca 2017 roku (IV U 65/17). Apelacja odwołującego również została oddalona wyrokiem Sądu Okręgowego w Elblągu (IV Ua 30/17) z 14 lipca 2017 roku (wyrok SO w Elblągu wraz z uzasadnieniem k. 194 i od 200 do 209 akt IV Ua 30/17). Decyzją z 5 kwietnia 2018 roku organ rentowy ustalił podstawę wymiaru składek za okres od stycznia do lipca 2014 roku. Powyższą decyzję zaskarżył ubezpieczony. W świetle powyższego pozwany ostatecznie ustalił, że składki za październik 2014 roku, okres od marca 2015 roku do grudnia 2016 roku i od marca 2017 roku do lipca 2018 roku zostały opłacone przez skarżącego po terminie, a składka za październik 2018 roku została opłacona w niepełnej wysokości. Z tych też względów organ rentowy uznał, że w/w okresach skarżący nie podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. ZUS przyjął natomiast, że skoro składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za okres od sierpnia do września 2014 roku, od listopada 2014 roku do lutego 2015 roku i od stycznia do lutego 2017 roku zostały opłacone w terminie i w prawidłowej wysokości, to w tych okresach wnioskodawca podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Zgodnie z treścią art. 14 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, 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 tej 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.

Z jednoznacznego, wyraźnego brzmienia przywołanego przepisu art. 14 ustawy systemowej 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. Warunkiem objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym i podlegania mu jest terminowe opłacanie składek należnych na to ubezpieczenie. W pojęciu „nieopłacenia w terminie składki należnej na ubezpieczenie”, mieszczą się zaś trzy sytuacje: nieopłacenie w ogóle w terminie składki za dany miesiąc, opłacenie składki w terminie, ale w niepełnej wysokości oraz opłacenie składki w pełnej wysokości, lecz po terminie. Ustawodawca uznał, że osoba składająca wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym i oczekująca świadczeń od organu rentowego, zobowiązana jest do opłacania składki na to ubezpieczenie w terminie i we właściwej wysokości. Ziszczenie się którejsz ze wskazanych wyżej sytuacji powoduje ustanie tegoż ubezpieczenia chorobowego z mocy art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Przepis art. 14 ustawy systemowej 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 systemowej), ponowne objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami społecznymi wymaga złożenia nowego wniosku przez zainteresowanego (por. m.in. wyrok SN z 8 sierpnia 2001 roku, II UKN 518/00, OSNP 2003 Nr 10, poz. 257). W orzeczeniu tym Sąd Najwyższy wyjaśnił, iż wykładnia językowa art. 11 ust. 2 oraz art. 14 ust. 1 i 1a ustawy systemowej wskazuje bowiem na konieczność złożenia przez ubezpieczonego odpowiedniego wniosku jako warunku objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Pogląd ten został następnie podtrzymany w wyroku z 29 marca 2012 roku, I UK 339/11 (OSNP 2013 nr 5-6, poz. 68), w uzasadnieniu którego Sąd Najwyższy podkreślił, że w każdym przypadku ustania tytułu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu społecznemu (art. 14 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych), ponowne objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami społecznymi wymaga złożenia przez zainteresowanego nowego wniosku, natomiast samo opłacanie składek na dobrowolne ubezpieczenie społeczne po ustaniu z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia nie powoduje dalszego trwania ochrony ubezpieczeniowej z wygasłego stosunku ubezpieczenia społecznego. Nie można przyjąć dorozumianego oświadczenia zainteresowanego o objęcie go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, gdyż brak do tego podstaw. Do stosunków ubezpieczenia społecznego - jako stosunków regulowanych prawem publicznym - nie ma bowiem zastosowania art. 60 k.c., zgodnie z którym wola osoby dokonującej czynności prawnej może być wyrażona przez każde zachowanie się tej osoby, które ujawnia jej wolę w sposób dostateczny. Przepis ten reguluje składanie oświadczeń woli *per facta concludentia* w stosunkach cywilnych (regulowanych prawem prywatnym). Nie ma podstaw jednak do odpowiedniego stosowania przepisów Kodeksu cywilnego do wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym. Przystąpienie do ubezpieczenia społecznego nie jest czynnością prawną prawa cywilnego, do której można stosować wymieniony przepis oraz inne przepisy Kodeksu cywilnego. Nie jest również czynnością prawa pracy, jak np. umowa o pracę, do której można byłoby, na podstawie art. 300 k.p., stosować odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego. Wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym musi być wyraźny i jednoznaczny, nie jest więc wystarczające samo opłacanie przez zainteresowanego składek na to ubezpieczenie oraz przyjmowanie tych składek przez organ rentowy. Osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega ubezpieczeniu chorobowemu na zasadzie dobrowolności, a objęcie tym ubezpieczeniem realizuje się przez zgłoszenie stosownego wniosku (zob. także wyrok SN z 3 października 2019 roku, III UK 268/18, LEX nr 2744137).

Sąd Apelacyjny w niniejszym składzie w całej rozciągłości podziela stanowisko Sądu Najwyższego w powołanych judykatach i nie znajduje podstaw do zaakceptowania poglądu przeciwnego, że samo przyjmowanie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe przez ZUS stanowi dorozumianą zgodę na podleganie temu ubezpieczeniu. Z tych też względów odmienne zapatrywania organu rentowego w tym zakresie nie mogły spotkać się z aprobatą Sądu Apelacyjnego i tym samym również twierdzenia apelującego nie mogły odnieść żadanego przez niego skutku.

Sąd Apelacyjny ustalił, że skarżący nie podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu społecznemu od 1 stycznia 2013 roku, albowiem ubezpieczenie to ustało wskutek nieopłacenia składki za grudzień 2012 roku i nie przystąpienia do tego ubezpieczenia wskutek wniosku złożonego w styczniu 2013 roku. Decyzja organu rentowego z 6 maja 2013 roku o odmowie prawa do zasiłku chorobowego za okres od 27 marca do 14 kwietnia 2013 roku z powodu nieopłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za grudzień 2012 roku i opłacenia składek na to ubezpieczenie za styczeń, luty i marzec 2013 roku po terminie, oznacza przesądzenie, że wnioskodawca nie podlegał ubezpieczeniu chorobowemu od 1 stycznia 2013 roku. Ostateczna decyzja administracyjna, od której strona nie wniosła odwołania w trybie art. 477⁹ k.p.c. ani nie podważyła jej skuteczności w inny prawem przewidziany sposób, wiąże organ rentowy (art. 110 k.p.a.) i także sąd ubezpieczeń społecznych (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 czerwca 2008 r., OSNP 2009 nr 21-22, poz. 295 i przywołane tam orzecznictwo). Kolejny wniosek o objęcie go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od 1 września 2013 roku złożył on dopiero 21 listopada 2013 roku, jednakże objęcie tym ubezpieczeniem nie mogło nastąpić za okres wcześniejszy, niż data zgłoszenia tego wniosku.

Skoro skarżący nie podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od grudnia 2012 roku i do listopada 2013 roku nie wyraził w wymagany prawem sposób woli przystąpienia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, to oczywistym jest, że nie podlegał on temu ubezpieczeniu w manifestowanym przez siebie okresie od 1 stycznia 2013 roku. Co więcej składki za styczeń, luty i marzec 2013 roku opłacił po terminie, co nawet gdyby był zgłoszony do dobrowolnych ubezpieczeń społecznych, samo w sobie powodowałoby ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

Potwierdzony przez organ rentowy w zaskarżonej decyzji okres podlegania przez skarżącego dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 1 sierpnia do 30 września 2014 roku, za który w terminie i w należnej wysokości wnioskodawca uiszczył składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe nie był sporny i nie podlegał weryfikacji, pomimo, że w ocenie Sądu Apelacyjnego, samo uiszczanie przez wnioskodawcę składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe nie prowadziło do automatycznego objęcia skarżącego tym ubezpieczeniem, a przyjmowanie tych składek przez organ rentowy nie mogło być uznane za dorozumiane wyrażenie zgody na objęcie tym ubezpieczeniem od 1 sierpnia do 30 września 2014 roku.

Skarżący nie zgłosił się również do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w październiku 2014 roku, zatem w tym okresie również nie podlegał on temu ubezpieczeniu i to bez względu na fakt, iż za ten okres opłacił on składkę, co jednak nastąpiło po upływie ustawowego terminu, a więc i tak powodowałoby ustanie tego ubezpieczenia. W konsekwencji również kolejny wskazany w zaskarżonej decyzji okres od 1 listopada 2014 roku do 28 lutego 2015 roku podlegania przez wnioskodawcę dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu również nie zasługiwał na aprobatę. A. T. po listopadzie 2013 roku nie zgłaszał w formalny sposób przystąpienia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Brak takiego wniosku nie mógł skutkować objęciem go tym ubezpieczeniem od 1 listopada 2014 roku do 28 lutego 2015 roku tylko dlatego, że za ten okres w terminie i w wymaganej wysokości opłacił należne składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Co prawda 14 października 2015 roku wnioskodawca zgłosił wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie po terminie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za okres od września do grudnia 2013 roku, ale w piśmie z 9 listopada 2015 roku organ rentowy w jednoznaczny sposób wyraził swoje stanowisko w tym zakresie, odmawiając zgody. Skarżący w żaden sposób nie zareagował na w/w pismo i to pomimo tego, iż w istocie nosiło ono znamiona decyzji administracyjnej. Podkreślić przy tym należy, że w razie złożenia wniosku o przywrócenie terminu do opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie społeczne, pozytywna decyzja organu rentowego powoduje kontynuowanie dotychczasowego stosunku ubezpieczenia pod warunkiem opłacenia należnych składek, natomiast negatywna decyzja potwierdza ustanie z mocy prawa dobrowolnego tytułu

ubezpieczenia społecznego i może być zaskarżona w sądowym postępowaniu odwoławczym (wyrok SN z 8 sierpnia 2001 roku, II UKN 518/00, OSNP 2003 Nr 10, poz. 257). A. T. nie zakwestionował stanowiska pozwanego w przedmiocie odmowy wyrażenia zgody na uiszczenie składek po terminie i nie podjął inicjatywy zmierzającej do wydania przez ZUS decyzji w przedmiocie podlegania przez niego dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, pomimo pouczenia go przez organ rentowy o takiej możliwości. Zatem wobec odmowy wyrażenia zgody na zapłatę składek na dobrowolne ubezpieczenie po terminie, nie ma podstaw do uznania, że skarżący podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od września 2013 roku nieprzerwanie do końca lutego 2015 roku.

W owym czasie skarżący nie tylko nie zgłosił się w wymagany sposób do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, ale również odmówiono mu zasiłku chorobowego za okres od 17 stycznia do 10 lipca 2014 roku oraz zobowiązano go do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego za w/w okres. Toczące się skutek odwołania A. T. postępowanie sądowo-odwoławcze zakończyło się dla odwołującego niekorzystnie (poza marginalną kwestią w zakresie zwrotu odsetek). W toku tych postępowań Sądy obu instancji w kwestii przysługiwania odwołującemu prawa do zasiłku chorobowego musiały prejudycjalnie ustalić, czy skarżący podlegał dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu. Z tych też względów wynik tego postępowania miał istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy. Skoro w prawomocnie zakończonej sprawie IV U 65/16 stwierdzono zasadność odmowy odwołującemu prawa do zasiłku chorobowego za okres od 17 stycznia do 10 lipca 2014 roku to oznacza, że zarówno przed jak

i w tym okresie nie podlegał on dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. W sytuacji gdy nie zgłosił się on do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego po 10 lipca 2014 roku, to nie było również podstaw do stwierdzenia podlegania przez niego temu ubezpieczeniu we wskazanym w zaskarżonej decyzji okresie od 1 listopada 2014 roku do 28 lutego 2015 roku. Związanie sądu prawomocnym orzeczeniem, zapadłym w innej sprawie, na podstawie art. 365 § 1 k.p.c. (rozumiane jako rozstrzygnięcie kwestii prejudycjalnej) występuje przy tożsamości podmiotowej obu tych spraw. Prawomocne przesądzenie określonej kwestii między tymi samymi stronami tworzy indywidualną i konkretną normę prawną wywiedzioną przez sąd z norm generalnych i abstrakcyjnych zawartych w przepisach prawnych (wyrok Sądu Najwyższego z 23 czerwca 2009 r., II PK 302/08, LEX nr 513001). Jeśli określona kwestia objęta indywidualną normą prawną ma znaczenie prejudycjalne w sprawie aktualnie rozpoznawanej między tymi samymi stronami, to nie może być ona w ogóle badana (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 stycznia 2016 r., I UK 40/15, LEX nr 1992032).

Po 28 lutego 2015 roku odwołujący się nie zgłosił żadnego formalnego i jednocześnie wyraźnego wniosku o objęcie go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Jak już wyżej wskazano samo uiszczenie składek na to ubezpieczenie nie prowadziło do objęcia go tym ubezpieczeniem. Z tych też względów skarżący nie podlegał dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 1 marca 2015 roku do 31 grudnia 2016 roku. Opłacanie po terminie składek na to ubezpieczenie w tym okresie w żaden sposób nie mogło zostać zinterpretowane jako dorozumiany wniosek o objęcie go tym ubezpieczeniem, a co więcej jak już wyżej wskazano samo nieterminowe opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe skutkuje ustaniem tego rodzaju ubezpieczenia.

Brak złożenia nowego wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym w zarówno w okresie od 1 marca 2015 roku do 31 grudnia 2016 roku jak i w okresie od 1 stycznia do 28 lutego 2017 roku oznaczało, że w obu tych okresach nie podlegał on temu ubezpieczeniu. Skarżący konsekwentnie nie zgłaszał się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w kolejnych miesiącach i sytuacja ta nie uległa zmianie do czasu wydania zaskarżonej decyzji.

Reasumując, regulacja art. 14 ust. 1 i 1a ustawy systemowej, gdy dochodzi do ustania ubezpieczenia chorobowego z przyczyn określonych w art. 14 ust. 2 ustawy systemowej, każdorazowo wymaga złożenia nowego wniosku objęcia osoby prowadzącej pozarolniczą działalność dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Samo opłacanie składek na to ubezpieczenie w terminie, za kolejne miesiące kalendarzowe, po miesiącu za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie nie powoduje stanu, w którym ubezpieczenie chorobowe istniejące przed jego ustaniem "odżywa automatycznie". Z tej przyczyny osoba prowadząca pozarolniczą działalność musi każdorazowo decydować, czy (i w jakim zakresie) chce podlegać ubezpieczeniu chorobowemu.

Oznacza, że wyrok Sądu pierwszej instancji rozstrzygający o niepodleganiu przez skarżącego dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu we wskazanym przez niego okresach: od 1 stycznia 2013 roku do 31 lipca 2014 roku, w październiku 2014 roku, od 1 marca 2015 roku do 31 grudnia 2016 r. oraz od 1 marca 2017 roku do 31 marca 2018 roku nie narusza art. 477¹⁰ § 1 k.p.c. w związku z art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. Narusza też art. 321 § 1 k.p.c., zgodnie z którym sąd nie może wyrokować co do przedmiotu, który nie był objęty żądaniem, ani zasądzać ponad żądanie. Przepis ten stanowi przejaw jednej z fundamentalnych zasad procesu cywilnego, to jest zasady dyspozycyjności (rozporządzalności), polegającej między innym na przyznaniu stronie prawa swobodnego dysponowania uprawnieniami o charakterze procesowym, w tym określania zakresu poszukiwanej ochrony prawnej. Określenie to ma charakter wiążący, co sprawia, że sąd nie może orzekać o tym, czego strona nie żądała ani wychodzić poza żądanie, a więc rozstrzygać o tym, czego strona pod osąd nie przedstawiła. Zakaz orzekania ponad żądanie oznacza, że o treści wyroku zarówno w sensie pozytywnym, jak i negatywnym decyduje żądanie strony. Sąd nie może zasądzić czego innego od tego, czego żądał powód, więcej niż żądał powód, ani na innej podstawie faktycznej niż wskazana przez powoda. Zakaz orzekania ponad żądanie odnosi się zatem albo do samego żądania albo do jego podstawy faktycznej (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 15 października 2010 r., III UK 20/10, LEX nr 694242; z dnia 8 października 2015 r., I UK 452/14, LEX nr 1816588; z dnia 26 stycznia 2017 r., II PK 333/15, OSNP 2018 Nr 3, poz. 33). Z tych też względów oraz mając na uwadze zasadę reformationis in peius z art. 384 k.p.c. decyzja organu rentowego ustalająca podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu we wskazanych okresach nie podlegała zmianie .

W tym stanie rzeczy Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. wyrokował jak w sentencji.

SSA Iwona Krzeczowska-Lasoń SSA Małgorzata Gerszewska SSO del. Beata Golba-Kilian