

Sygn. akt III AUa 147/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 11 września 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Urszula Iwanowska (spr.)
Sędziowie:	SSA Beata Górską SSA Jolanta Hawryszko
Protokolant:	St. sekr. sąd. Elżbieta Kamińska

po rozpoznaniu w dniu 11 września 2018 r. w Szczecinie

sprawy K. T.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

o podleganie ubezpieczeniom chorobowym

na skutek apelacji ubezpieczonej

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 12 grudnia 2017 r. sygn. akt VI U 977/17

oddala apelację.

SSA Beata Górską SSA Urszula Iwanowska SSA Jolanta Hawryszko

Sygn. akt III AUa 147/18

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 25 kwietnia 2017 r., nr (...), Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. stwierdził, że K. T. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu w okresach: od 1 października 2012 r. do 30 września 2014 r., od 1 listopada 2014 r. do 23 maja 2015 r. i od 1 sierpnia 2016 r. do 10 stycznia 2017 r., a nie podlegała temu ubezpieczeniu w okresach: od 10 do 30 września 2012 r., od 1 do 31 października 2014 r., od 24 maja 2015 r. do 31 lipca 2016 r. i od 11 stycznia 2017 r. wskazując, że ubezpieczona bezpośrednio po okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego - to jest od dnia 22 maja 2016 r. - nie złożyła wniosku o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym (wniosek taki ubezpieczona złożyła 1 sierpnia 2016 r.), co powoduje, że brak podstaw do uznania, że od wskazanej daty (do 31 lipca 2016 r.) podlegała ona temu ubezpieczeniu.

W odwołaniu od powyższej decyzji w części ustalającej, że K. T. nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 22 maja do 31 lipca 2016 r. ubezpieczona wniosła o jej zmianę w tym zakresie i orzeczenie, że również w tym okresie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu oraz o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych, zarzucając naruszenie art. 9 ust. 1c ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych w związku z art. 6 ust. 1 pkt 5 oraz pkt 19 w związku z art. 11 ust. 2, w związku z art. 13 pkt 4 i pkt 13, w związku z art. 14 ust 1 i ust. 1 a, ust. 2 pkt 1 i 2 oraz ust. 3 tej ustawy oraz w związku z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, jak też art. z art. 6 ust. 1 pkt 5 oraz pkt 19 w związku z art. 14 ust 2 pkt 2 i ust. 3 w związku z art. 18 ust. 8 i ust. 9 ustawy systemowej, w związku z art. 6 ust. 1 ustawy zasiłkowej.

W ocenie ubezpieczonej właściwa interpretacja przywołanych norm winna prowadzić w szczególności do wniosku, iż pogląd organu rentowego, że niezłożenie przez ubezpieczoną bezpośrednio po okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego wniosku o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym powoduje, iż brak podstaw do uznania, że podlegała ona temu ubezpieczeniu, jest błędny. Zdaniem odwołującej nie można bowiem przyjąć by w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego, jak i bezpośrednio po zakończeniu zasiłku macierzyńskiego ubezpieczona nie posiadała okresu ubezpieczenia chorobowego oraz nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu, co powoduje, że nie ma ona ani obowiązku wyrejestrowywania się z tego ubezpieczenia (z chwilą rozpoczęcia zasiłku macierzyńskiego), ani obowiązku ponownej rejestracji (po zakończeniu pobierania tego zasiłku).

Ponadto ubezpieczona zarzuciła zaskarżonej decyzji naruszenie art. 32 ust 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej w związku z art. 2 oraz art. 2a ust. 2 pkt 1 w związku z art. 9 ust. 1c w związku z art. 36 ust. 1 i ust. 5 ustawy systemowej w związku z art. 6 ust. 1 i art. 29 ust 1 ustawy zasiłkowej polegające na nieuzasadnionej dyferencjacji podmiotów podobnych - ubezpieczonych podlegających dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu (osób prowadzących działalność gospodarczą pobierających zasiłek macierzyński z tego tytułu) oraz osób, których tytuł do ubezpieczenia wynika z umowy cywilnoprawnej i pobierających zasiłek macierzyński z tego tytułu w zakresie warunków do nabycia prawa do świadczeń z ubezpieczeń społecznych, co skutkuje pozbawieniem prawa do zasiłku chorobowego, po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego, osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, mimo braku podstaw prawnych ku takiemu różnicowaniu.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie w całości oraz o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych, podtrzymując argumentację przywołaną w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji.

Wyrokiem z dnia 12 grudnia 2017 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie (punkt I) oraz zasądził od ubezpieczonej K. T. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S. kwotę 180 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego (punkt II).

Powyższe orzeczenie Sąd Okręgowy oparł o następujące ustalenia faktyczne i rozważania prawne:

K. T. prowadzi działalność gospodarczą w zakresie usług kosmetycznych od 12 września 2010 r. Prowadzona przez ubezpieczoną działalność nie była ani razu zawieszana. W okresie prowadzenia działalności gospodarczej ubezpieczona dwukrotnie przebywała na zasiłku macierzyńskim: od 24 maja 2015 r. do 21 maja 2016 r. i od 11 stycznia 2017 r. Do momentu rozpoczęcia pierwszego zasiłku macierzyńskiego ubezpieczona podlegała obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Po rozpoczęciu korzystania z zasiłku macierzyńskiego w dniu 24 maja 2015 r. ubezpieczona nie składała w organie rentowym żadnych oświadczeń w przedmiocie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. W czasie korzystania z zasiłku macierzyńskiego w latach 2015-2016, ubezpieczona od 11 maja 2016 r. stała się niezdolna do pracy z powodu urazu kręgosłupa. W związku z tym urazem ubezpieczonej wystawiono kilka kolejno po sobie następujących zwolnień lekarskich.

Bezpośrednio po zakończeniu korzystania z urlopu macierzyńskiego w dniu 21 maja 2016 r. ubezpieczona nie złożyła wniosku o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Wniosek taki ubezpieczona złożyła 1 sierpnia 2016 r., po uprzedniej wizycie w organie rentowym celem ustalenia przyczyn, dla których Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie wypłaca jej zasiłku chorobowego. W czasie wizyty pracownik organu rentowego informował ubezpieczoną o konieczności wyrejestrowania się z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego i ponownego zgłoszenia się do tego ubezpieczenia (według danych z systemu ubezpieczona podlegała w czasie tej rozmowy wszystkim ubezpieczeniom, w tym chorobowemu).

Po ustaleniu powyższego stanu faktycznego oraz na podstawie przepisów prawa niżej powołanych Sąd Okręgowy uznał odwołanie za niezasadne.

Sąd pierwszej instancji podkreślił, że stan faktyczny sprawy ustalił na podstawie dowodu z zeznań ubezpieczonej, a także w oparciu o dokumenty znajdujące się w aktach sprawy, w tym w aktach rentowych. Przy czym sąd ten miał na uwadze, że był on praktycznie niesporny między stronami - ich twierdzenia faktyczne należy bowiem uznać w kwestiach istotnych za zgodne. Zeznaniom ubezpieczonej sąd dał wiarę w całości, gdyż ich treść była zgodna z dokumentami zgromadzonymi w toku postępowania, a ponadto w przeważającym zakresie te okoliczności, na które w zeznaniach wskazała ubezpieczona, były - jak to już wyżej zaznaczono - w taki sam sposób przedstawione przez organ rentowy.

Następnie Sąd Okręgowy podniósł, że kwestią sporną w rozpatrywanej sprawie było to, czy ubezpieczona jako osoba prowadząca działalność gospodarczą, podlegająca z tego tytułu obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, a następnie przebywająca na zasiłku macierzyńskim, powinna po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego złożyć wniosek o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym (dla objęcia jej tym ubezpieczeniem), czy też składanie takiego wniosku jest zbędne, gdyż rozpoczęcie pobierania zasiłku macierzyńskiego nie powoduje przerwania okresu ubezpieczenia chorobowego.

Oceniając zasadność wniesionego odwołania sąd pierwszej instancji najpierw wskazał, że osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą podlegają, stosownie do treści art. 6 ust. 1 punkt 5 i art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t. j. Dz. U. z 2016 r., poz. 963 ze zm.; powoływana dalej jako: ustawa systemowa), obowiązkowo ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu i wypadkowemu, a także na swój wniosek dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu (art. 11 ust. 2 powołanej ustawy).

Sąd meriti wskazał, że przepis art. 11 ust. 1 ustawy systemowej stanowi o obowiązkowym podleganiu ubezpieczeniu chorobowemu jedynie osób wymienionych w art. 6 ust. 1 punkt 1, 3 i 12 ustawy, tj. pracowników (z wyłączeniem prokuratorów), członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych oraz osób odbywających służbę zastępczą. Jednocześnie przepis art. 11 ust. 2 wskazuje krąg podmiotów podlegających dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu stanowiąc, iż na swój wniosek podlegają temu ubezpieczeniu osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowym wymienione w art. 6 ust. 1 punkt 2, 4, 5, 8 i 10 ustawy. Są to więc także osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą oraz osoby z nimi współpracujące.

Dalej Sąd Okręgowy wskazał, że objęcie dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym, rentowymi i chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony, z zastrzeżeniem ust. 1a (art. 14 ust. 1 ustawy systemowej). Objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4, a więc w terminie 7 dni od powstania obowiązku ubezpieczenia emerytalnego i rentowych. We wszystkich przypadkach do objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym niezbędny jest wniosek ubezpieczonego. Osoby, które są obejmowane ubezpieczeniami społecznymi na zasadach dobrowolności, zgłaszają wniosek o objęcie ich ubezpieczeniem w terminie przez nie wybranym.

Odnosnie przypadku spełniania między innymi przez osoby prowadzące działalność gospodarczą również warunków do objęcia ich obowiązkowymi ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego sąd pierwszej instancji wskazał, że podlegają one obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego. Osoby te mogą dobrowolnie na swój wniosek być objęte ubezpieczeniami emerytalnym i rentowym także z pozostałych – wszystkich lub wybranych tytułów (art. 9 ust. 1c wyżej wymienionej ustawy).

Sąd Okręgowy podkreślił, że powyższa norma w sposób istotny wpływa na rezultat niniejszego postępowania. Powoduje ona bowiem, że w okresie, w którym ubezpieczona pobierała zasiłek macierzyński nie mogła podlegać obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. Ta działalność mogła w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego stanowić jedynie dodatkowy tytuł ubezpieczenia emerytalnego i rentowego o charakterze w pełni dowolnym. Taki stan powoduje, iż maksymalnie w okresie pobierania zasiłku ubezpieczona mogła podlegać obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu z tytułu wspomnianych zasiłków oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej.

Niezależnie od powyższego, sąd ten wskazał, że ustawodawca przyjął regułę, iż ubezpieczeniu chorobowemu podlegają jedynie osoby podlegające obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, ograniczając dodatkowo jego krąg poprzez 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 jako uprawnionych do podlegania ubezpieczeniu chorobowemu czy to obowiązkowemu, czy nawet dobrowolnemu. Nadto temu ostatniemu podlegają osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą, ale tylko w przypadku podlegania przez nie obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu z podanego tytułu.

W takiej sytuacji, Sąd Okręgowy uznał, że wnioskodawczyni w okresie, gdy podlegała ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego, nie legitymowała się żadnym tytułem umożliwiającym jej podleganie ubezpieczeniu chorobowemu. Przerwa w ubezpieczeniu chorobowym spowodowała jego formalne ustanie, co wprost wynika z brzmienia art. 14 ust. 2 pkt 3 ustawy systemowej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 grudnia 2016 r., II UK 478/15, LEX nr 2198198). Zgodnie zaś z treścią art. 36 ust. 11 ustawy systemowej, każda osoba w stosunku do której wygasł tytuł do ubezpieczeń społecznych, podlega wyrejestrowaniu z ubezpieczeń. Zgłoszenie wyrejestrowania płatnik składek jest zobowiązany złożyć w terminie 7 dni od daty zaistnienia tego faktu z zastrzeżeniem ust. 12 i 14. O zmianach w stosunku do danych wykazanych w zgłoszeniu do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego dotyczących tytułu ubezpieczenia oraz rodzajów ubezpieczeń i terminów ich powstania, płatnik składek zawiadamia Zakład poprzez złożenie zgłoszenia wyrejestrowania i ponownego zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych zawierającego prawidłowe dane (art. 36 ust. 14). Natomiast to czy praktyka stosowana przez organ rentowy dotycząca wyrejestrowania z ubezpieczeń społecznych jest prawidłowa – zdaniem sądu meriti – nie ma zasadniczego znaczenia w niniejszej sprawie. Dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonej nie ustało bowiem na skutek tej czynności, lecz z chwilą nabycia prawa do zasiłku macierzyńskiego. Tym samym nie było zależne od jakichkolwiek czynności strony czy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Nadto sąd ten dodał, że obowiązek wynikający z art. 36 ust. 11 ustawy systemowej posiada jedynie walor porządkujący, mający na celu uporządkowanie dokumentacji ubezpieczeniowej.

Dalej sąd pierwszej instancji wyjaśnił, że w takiej sytuacji objęcie wnioskodawczyni dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym po ustaniu tytułu do korzystającego z ustawowego pierwszeństwa obowiązkowego ubezpieczenia emerytalnego i rentowego z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego następuje w sposób uregulowany przez ustawodawcę w art. 14 ust. 1 ww. ustawy, czyli od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tym ubezpieczeniem, ale nie wcześniej niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony.

Sąd Okręgowy zaznaczył, że ubezpieczona w okresie objętym sporem wspomnianego wniosku nie zgłosiła po upływie obowiązkowego ubezpieczenia emerytalnego i rentowego z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego i dlatego też nie może domagać się w sposób skuteczny ustalenia, że podlegała w tym okresie ubezpieczeniu chorobowemu.

Norma art. 14 ust. 1 ustawy systemowej nakazuje uwzględnienie zastrzeżenia z art. 14 ust. 1a tej ustawy. Ten ostatni przepis stanowi, iż objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4 ustawy. Podany przepis nakazuje dokonanie zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia.

Zdaniem sądu meriti, nie można przy tym przyjąć, że w sytuacji reaktywowania obowiązkowych ubezpieczeń (emerytalnego i rentowego) w związku z prowadzeniem działalności gospodarczej, to ponowne powstanie tytułu dotyczy również i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. W tej materii Sąd Okręgowy podzielił pogląd zaprezentowany przez Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 12 marca 2012 r., I UK 339/11 (LEX nr 1212053), zgodnie z którym ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym wymaga złożenia w tym zakresie ponownego wniosku przez zainteresowanego. W uzasadnieniu powyższego rozstrzygnięcia Sąd Najwyższy wskazał, iż wykładnia językowa art. 11 ust. 2 oraz art. 14 ust. 1 i 1a ustawy systemowej wskazuje na konieczność złożenia przez ubezpieczonego odpowiedniego wniosku, jako warunku objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Następnie sąd pierwszej instancji wyjaśnił, że 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 zastosowania przepis 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 cywilnoprawnych (regulowanych prawem prywatnym). Nie ma żadnych podstaw 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, czy inne przepisy Kodeksu cywilnego. Nie jest również czynnością prawa pracy, jak np. umowa o pracę, do której można byłoby na podstawie art. 300 Kodeksu pracy stosować odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego.

Przy czym, Sąd Okręgowy miał także na uwadze, że według utrwalonego orzecznictwa Sądu Najwyższego i sądów powszechnych wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym musi być wyraźny i jednoznaczny, nie jest nawet wystarczające samo opłacanie przez zainteresowanego składek na to ubezpieczenie oraz przyjmowanie tych składek przez organ rentowy (wyroki: Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00, OSNP 2003/10/257; Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 30 października 2012 r., III AUa 550/12, LEX nr 1237547; Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 10 stycznia 2013 r., III AUa 895/12, LEX nr 1254426; Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 8 sierpnia 2013 r., III AUa 2186/12, LEX nr 1356504). Uprawnienia wynikające z systemu ubezpieczenia społecznego, w tym kwestia dobrowolnego podlegania ubezpieczeniom społecznym są wyczerpująco uregulowane w przepisach powszechnie obowiązującego prawa, a jedną z zasad demokratycznego państwa prawnego jest wymóg jawności prawa, do którego obywatele mają dostęp. W związku z zasadą jawności osoby uczestniczące w obrocie prawnym powinny wykazać się aktywnością w ustalaniu swojej sytuacji prawnej. Organ rentowy nie ma zatem obowiązku ani możliwości indywidualnego informowania wszystkich zainteresowanych o przysługujących im uprawnieniach oraz o kwestiach zgłaszania się do ubezpieczeń społecznych.

W świetle powyższych argumentów Sąd Okręgowy uznał, że zaskarżona decyzja, którą stwierdzono, że K. T. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą nie podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 22 maja do 31 lipca 2016 r. jest (w granicach objętych zaskarżeniem) prawidłowa.

Dodatkowo, odnosząc się do zgłoszonego przez ubezpieczoną zarzutu naruszenia art. 32 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej w związku z art. 2 oraz art. 2a ust. 2 pkt 1, w związku z art. 9 ust. 1c, w związku z art. 36 ust. 1

i ust. 5 ustawy systemowej, w związku z art. 6 ust. 1 i art. 29 ust 1 ustawy zasiłkowej polegającego na nieuzasadnionej dyferencjacji podmiotów podobnych - ubezpieczonych podlegających dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu (osób prowadzących działalność gospodarczą pobierających zasiłek macierzyński z tego tytułu) oraz osób, których tytuł do ubezpieczenia wynika z umowy cywilnoprawnej i pobierających zasiłek macierzyński z tego tytułu w zakresie warunków do nabycia prawa do świadczeń z ubezpieczeń społecznych – Sąd Okręgowy wyjaśnił, co następuje.

W pierwszej kolejności sąd ten wskazał, że zgodnie art. 32 ust. 1. Konstytucji: Wszyscy są wobec prawa równi. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne.

Omawiając przywołaną normę w doktrynie wskazuje się, że równość dwóch lub więcej podmiotów polega na ich przynależności do co najmniej jednej i tej samej klasy, wyróżnionej ze względu na określoną cechę istotną (W. S.: Równość wobec prawa, str. 52). Wyprowadza się stąd ogólną normę polegającą na tym, że podmioty znajdujące się w podobnej sytuacji powinny być traktowane w sposób podobny, a podmioty znajdujące się w sytuacji odmienniej w sposób odmienny. W art. 32 ust. 1 Konstytucji RP chodzi więc o równe traktowanie podmiotów znajdujących się w tej samej sytuacji prawnej (por. uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 16 marca 2000 r., I KZP 56/99, OSNKW 2000/3-4/19). Także w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego przyjmuje się, że zasada równości "polega na tym, że wszystkie podmioty prawa (adresaci norm prawnych), charakteryzujące się daną cechą istotną (relewantną) w równym stopniu, mają być traktowane równo, a więc według jednakowej miary, bez zróżnicowań zarówno dyskryminujących, jak i faworyzujących (...)" (tak uzasadnienia orzeczeń Trybunału Konstytucyjnego z dnia 9 marca 1988 r., U 7/87, OTK 1988/1/1, a następnie orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 grudnia 1994 r., K 8/94, OTK 1994/1/43). Formuła ta była i jest powszechnie przyjmowana w dalszych orzeczeniach Trybunału Konstytucyjnego, w tym została w nim przyjęta także po wejściu w życie Konstytucji RP (zob. wyroki Trybunału Konstytucyjnego z dnia: 6 maja 1998 r., K 37/97, OTK 1998/3/33; 17 maja 1999 r., P 6/98, OTK 1999/4/76; 21 września 1999 r., K 6/98, OTK 1999/6/117; 4 stycznia 2000 r., K 18/99, OTK 2000/1/1; 18 grudnia 2000 r., K 10/00, OTK 2000/8/298; 21 maja 2002 r., K 30/01, OTK-A 2002/3/32; 22 lutego 2005 r., K 10/04, OTK-A 2005/2/17; 18 grudnia 2008 r., K 19/07, OTK-A 2008/10/182). Z zasady równości wynika więc "nakaz jednakowego traktowania podmiotów prawa w obrębie określonej klasy (kategorii)" - tak wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18 kwietnia 2000 r., K 23/99 (OTK 2000/3/89). W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego zwrócono także uwagę na fakt, że równość oznacza także "akceptację różnego traktowania przez prawo różnych podmiotów (adresatów norm prawnych), bo równe traktowanie przez prawo tych samych podmiotów pod pewnym względem oznacza z reguły różne traktowanie tych samych podmiotów pod innym względem" (tak uzasadnienia orzeczeń Trybunału Konstytucyjnego z dnia 9 marca 1988 r., U 7/87, OTK 1988/1/1, a następnie orzeczeń Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 grudnia 1994 r., K 8/94, OTK 1994/1/43; 22 lutego 2005 r., K 10/04, OTK-A 2005/2/17 oraz 23 marca 2006 r., K 4/06, OTK-A 2006/3/32).

Sąd Okręgowy podkreślił, że wskazane zasady znajdują odpowiednie zastosowanie dla oceny zasadności omawianego zarzutu, naruszenia art. 32 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej w związku z przywołanymi normami ustawy systemowej i zasiłkowej.

Zatem sąd meriti miał na uwadze, że w realiach sprawy wyprowadzić z tych zasad można wniosek, że fakt zróżnicowania ubezpieczonych podlegających dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu (osób prowadzących działalność gospodarczą pobierających zasiłek macierzyński z tego tytułu) oraz osób, których tytuł do ubezpieczenia wynika z umowy cywilnoprawnej i pobierających zasiłek macierzyński z tego tytułu w zakresie warunków do nabycia prawa do świadczeń z ubezpieczeń społecznych, uznać należy za dopuszczalny. Zleceniobiorcy (bądź osoby świadczące pracę na podstawie innych umów cywilnoprawnych) i przedsiębiorcy nie należą bowiem do tej samej (jednakowej) kategorii podmiotów prawa, tak, że różnicowanie ich praw i obowiązków, w oznaczonym zakresie, uznać należy za dopuszczalne.

Uwzględniając całokształt powyższych ustaleń i rozważań Sąd Okręgowy nie podzielił argumentacji ubezpieczonej, zawartej w odwołaniu od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 25 kwietnia 2017 r., nr (...) i dlatego uznał

tę decyzję - w zaskarżonym zakresie - za prawidłową, co skutkowało oddaleniem odwołania na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c.

Ponadto sąd ten wyjaśnił, że oddalenie odwołania wniesionego przez ubezpieczoną, przy uwzględnieniu złożenia przez organ rentowy odnośnego wniosku, skutkowało koniecznością rozstrzygnięcia o kosztach procesu. O kosztach tych sąd pierwszej instancji orzekł zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu - na podstawie art. 98 k.p.c. w związku z § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat z czynności radców prawnych (Dz. U. z 2015 r., poz. 1804) - w zakresie ustalenia wysokości wynagrodzenia należnego pełnomocnikowi organu rentowego (wskazane wynagrodzenie wyczerpywało zakres kosztów należnych Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych). W konsekwencji zasądono od ubezpieczonej na rzecz organu rentowego kwotę 180 zł ustaloną na podstawie przywołanej normy rozporządzenia określającej stawkę minimalną wynagrodzenia pełnomocnika w sprawach o świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego i zaopatrzenia emerytalnego.

Z powyższym wyrokiem Sądu Okręgowego w Szczecinie w całości nie zgodziła się K. T., która działając przez pełnomocnika w wywiezionej apelacji zarzuciła mu naruszenie prawa materialnego, polegające na naruszeniu:

1. art. 36 ust. 9a, w zw. z art. 36 ust. 3, 4, 5, 7, 11, 12 ustawy systemowej polegające na nie zastosowaniu art. 36 ust. 9 a tej ustawy systemowej, co w konsekwencji doprowadziło do błędnego przyjęcia, że:

- osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą z chwilą nabycia prawa do zasiłku macierzyńskiego ma obowiązek wyrejestrować się z ubezpieczeń społecznych, w tym z ubezpieczenia chorobowego (na druku (...)) oraz zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego (na druku ZUS ZZA), natomiast po zaprzestaniu pobierania zasiłku macierzyńskiego wyrejestrować się z ubezpieczenia zdrowotnego (na druku (...)) oraz zgłosić się do ubezpieczeń społecznych w tym do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego (na druku (...)), podczas gdy właściwe zastosowanie w niniejszej sprawie art. 36 ust. 9a ustawy systemowej w powiązaniu z pozostałymi przepisami ustawy systemowej, powinno prowadzić do wniosku, iż ubezpieczona zobowiązana jest przystąpić do ubezpieczenia społecznego z chwilą rozpoczęcia działalności gospodarczej (na druku (...)) i ma możliwość zgłoszenia się dobrowolnie do ubezpieczenia chorobowego, jednakże następcze pobieranie zasiłku macierzyńskiego nie rodzi obowiązku wyrejestrowania się z ubezpieczeń społecznych, w tym z ubezpieczenia chorobowego, ponieważ zgodnie z art. 36 ust. 9a ustawy systemowej, zgłoszenia do ubezpieczeń osób z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego (art. 6 ust. 1 pkt 19 ustawy systemowej), dokonuje się poprzez wykazanie ubezpieczonego w imiennym raporcie miesięcznym, a nie poprzez wyrejestrowanie i zarejestrowanie, co w konsekwencji prowadzi do wniosku, że zgłoszenie do ubezpieczenia społecznego w tym dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego przed nabyciem prawa do zasiłku obowiązuje nadal po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego.

2. art. 9 ust. 1c w zw. z art. 6 ust. 1 pkt 5 oraz pkt 19, w zw. z art. 11 ust. 2 w zw. z art. 13 pkt 4 i pkt 13, w zw. z art. 14 ust. 1, ust. 1 a, ust. 2 pkt 1 oraz pkt 2, oraz ust. 3 ustawy systemowej, w zw. z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (powoływana dalej jako: ustawa zasiłkowa), polegających na błędnym przyjęciu, iż:

- osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą z chwilą nabycia prawa do zasiłku macierzyńskiego nie legitymują się żadnym tytułem umożliwiającym podleganiu ubezpieczeniu chorobowemu ze względu na zbieg tytułów do ubezpieczenia emerytalnego i rentowego określony w art. 9 ust. 1c ustawy systemowej, tj. zbieg z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego oraz zbieg z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, a nadto osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą zobowiązane są do złożenia wniosku o wyrejestrowanie z ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej, a następnie po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego, osoby takie zobowiązane są do złożenia wniosku o ponowne przystąpienie do ubezpieczenia chorobowego, podczas gdy właściwe zastosowanie powyższego powinno prowadzić do wniosku, iż z chwilą zbiegu tytułu do ubezpieczeń społecznych w postaci zasiłku macierzyńskiego oraz prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej - ustaje jedynie, na podstawie art. 9 ust. 1c ustawy systemowej obowiązek odprowadzania składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, ale

okres pobierania zasiłku macierzyńskiego z uwagi na wyjątek określony w art. 14 ust. 3 ustawy systemowej nie powoduje przerwania okresu ubezpieczenia chorobowego, a zatem osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą - w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego - legitymują się tytułem umożliwiającym podleganie ubezpieczeniu chorobowemu, dlatego też ze względu na powyższe oraz obowiązek ścisłej interpretacji przepisów ustawy systemowej, interpretacja przyjęta przez Sąd Okręgowy, zgodnie z którą w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego, jak i bezpośrednio po zakończeniu zasiłku macierzyńskiego, ubezpieczona nie posiada okresu ubezpieczenia chorobowego oraz nie podlega ubezpieczeniu chorobowemu, ponieważ ubezpieczona nie złożyła wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym po zakończeniu zasiłku macierzyńskiego w ciągu 7 dni, a wniosek o objęcie ubezpieczeniem chorobowym złożony przed nabyciem prawa do zasiłku macierzyńskiego nie obowiązuje;

3. art. 9 ust. 1c ustawy systemowej, w zw. z art. 14 ust. 1, 2, 3, w zw. z art. 36 ust. 1, w zw. z art. 6 ust. 1, 4 i 19 oraz art. 29 ust. 1 ustawy zasiłkowej, w zw. z art. 32 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej w zw. z art. 2 ust. 1 pkt 1-3 oraz 2a ust. 2 pkt 1 ustawy systemowej poprzez błędne przyjęcie,

- że zleceniobiorcy i przedsiębiorcy nie należą do tej samej kategorii podmiotów prawa i w związku z powyższym możliwe jest zróżnicowanie ich praw i obowiązków, podczas gdy zleceniobiorcy oraz przedsiębiorcy posiadają wspólną istotną cechę - posiadają status osoby ubezpieczonej podlegającej dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, zatem w ramach przynależności do tożsamej grupy winny być traktowane tożsamo w zakresie nabywania prawa do zasiłku oraz zasad podlegania ubezpieczeniom.

Mając na uwadze powyższe zarzuty apelująca wniosła o:

- zmianę zaskarżonego wyroku w całości poprzez przyjęcie, iż K. T. podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od dnia złożenia wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, tj. od dnia 1 listopada 2014 r. do chwili obecnej, a okres, w którym ubezpieczona przebywała na zasiłku macierzyńskim lub zasiłku chorobowym na podstawie art. 14 ust. 3 ustawy systemowej należy uznać za okres opłacania składek;

- zasądzenie kosztów procesu za obie instancje, w tym kosztów zastępstwa procesowego według spisu kosztów, a w razie nie przedłożenia spisu kosztów, według norm przypisanych.

W uzasadnieniu skarżąca przedstawiła szczegółowe uzasadnienie podniesionych zarzutów.

Sąd Apelacyjny rozważył, co następuje:

Apelacja ubezpieczonej okazała się nieuzasadniona.

Sąd Okręgowy dokonał w sprawie prawidłowych ustaleń faktycznych oraz prawidłowej oceny prawnej, które Sąd Apelacyjny w całości aprobuje i podziela. Skarżąca nie zdołała podważyć zasadności stanowiska sądu pierwszej instancji, bowiem w treści apelacji przedstawiła jedynie własną interpretację przepisów (która legła także u podstaw złożenia odwołania od decyzji z dnia 25 kwietnia 2017 r.), odmienną od przyjętej przez Sąd Okręgowy, nie znajdującą przy tym potwierdzenia w utrwalonym orzecznictwie Sądu Najwyższego, a także sądów powszechnych.

W rozpoznawanej sprawie kwestią sporną było zagadnienie podlegania przez K. T. dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, również w okresie od 22 maja 2015 r. do 31 lipca 2016 r. Ubezpieczona w toku postępowania twierdziła bowiem, że obowiązujące przepisy nie zawierają uregulowań nakazujących osobie prowadzącej działalność gospodarczą złożenia wniosku o wyrejestrowanie z ubezpieczenia chorobowego, z chwilą nabycia prawa do zasiłku macierzyńskiego, a następnie do złożenia wniosku o ponowne objęcie ubezpieczeniem chorobowym, z chwilą zakończenia pobierania tego zasiłku.

Na wstępie przypomnieć należy, że zgodnie z art. 11 ust. 2 ustawy systemowej dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają na swój wniosek osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8 i 10, (a więc m. in. osoby prowadzące pozarolniczą działalność). W świetle art.

14 ust. 2 pkt 3 tej ustawy dobrowolne ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe ustają od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom. Wobec powyższego przyjąć należy, że w przypadku K. T. datę ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego wyznacza data początkowa pobierania zasiłku macierzyńskiego, tj. 24 maja 2015 r. Z brzmienia przepisu 11 ust. 2 ustawy systemowej wynika bowiem, że nie stanowi on podstawy do objęcia dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego. Ponowne przystąpienie do ubezpieczenia chorobowego staje się zatem możliwe dopiero po wyczerpaniu zasiłku macierzyńskiego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 grudnia 2016 r., II UK 478/15, LEX nr 2198198).

Stosownie zaś do treści art. 9 ust. 1c ustawy systemowej osoby, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8 i 10 (a więc także osoby prowadzące pozarolniczą działalność), 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. Okres pobierania zasiłku macierzyńskiego jest okresem składkowym, w świetle art. 6 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t. j. Dz.U. z 2017 r., poz. 1383).

Zgodnie natomiast z treścią 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 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. Przepis art. 14 ustawy systemowej jest normą bezwzględnie obowiązującą (*ius cogens*) i jakkolwiek 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. 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. Ustawodawca wymaga, czego zdaje się nie zauważać skarżąca, dla skutecznego objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem złożenia przez zainteresowanego stosownego wniosku, i to wniosku wyraźnego, jednoznacznego. Należy zatem stanowczo podkreślić, że nie jest wystarczającym opłacanie składek przez zainteresowanego oraz przyjmowanie ich przez organ rentowy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00, OSNP 2003/10/257; wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 30 października 2012 r., III AUa 550/12, LEX nr 1237567; wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 10 stycznia 2013 r., III AUa 895/12, LEX nr 1254426).

Przenosząc powyższe na grunt rozpoznawanej sprawy, Sąd Apelacyjny uznał, że nie można było podzielić stanowiska prezentowanego przez apelującą, iż do ponownego powstania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego osoby prowadzącej działalność gospodarczą nie jest konieczne złożenie wniosku o objęcie tego typu ubezpieczeniem. Okoliczność dalszego prowadzenia działalności, odprowadzanie składek, nie mogło spowodować objęcia K. T. dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym w okresie od dnia 22 maja 2016 r. do dnia 31 lipca 2016 r. Wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym ubezpieczona złożyła dopiero w dniu 1 sierpnia 2016 r., po wizycie w organie rentowym i powzięciu wiadomości o przyczynach niewypłacania jej zasiłku chorobowego.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, wbrew twierdzeniom skarżącej, nie można również przyjąć koncepcji dorozumianego oświadczenia odwołującej się o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Sąd Okręgowy prawidłowo

bowiem wyjaśnił, 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 jego wolę w sposób dostateczny. Przepis ten reguluje składanie oświadczeń woli per facta concludentia w stosunkach cywilnych. Nie ma podstaw do odpowiedniego stosowania przepisów Kodeksu cywilnego do wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym. Podkreślić bowiem trzeba, że przystąpienie do ubezpieczenia społecznego nie jest czynnością prawną prawa cywilnego, do której można stosować wymieniony wyżej przepis oraz inne przepisy Kodeksu cywilnego. Wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym musi być wyraźny i jednoznaczny, zatem, jak już wspomniano, nie jest wystarczające samo opłacenie 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 (tak Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 29 marca 2012 r., I UK 339/11, LEX nr 1289188). Nie oznacza to jednak, że przedmiotowy wniosek, a konkretnie zawarte w nim oświadczenie o zgłoszeniu do ubezpieczenia chorobowego, stanowi czynność prawną (zdarzenie prawne) kreującą stosunek cywilnoprawny (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 grudnia 2007 r., II UK 106/07, LEX nr 346189). Zarówno art. 11 ust. 2, jak i art. 14 ust. 1 i 1a ustawy systemowej wyraźnie uzależniają podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu społecznemu od złożenia wniosku, który winien jednoznacznie potwierdzać zamiar podlegania takiemu ubezpieczeniu. Ponadto należy zwrócić uwagę, że Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 9 lipca 2015 r., I UK 376/14 (LEX nr 1750110) wyjaśnił, iż dokument o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym musi być czytelny, wyraźny, niebudzący żadnych wątpliwości i powinien być złożony na piśmie.

Nie ulega wątpliwości, że K. T., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność, w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego (od 24 maja 2015 r. do 21 maja 2016 r.) podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jedynie z tytułu pobierania tego zasiłku. W tym okresie organ rentowy odprowadzał składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe wyłącznie od zasiłku macierzyńskiego, stanowiącego podstawę ich wymiaru. Nie będąc w tym okresie objętą przedmiotowym ubezpieczeniem z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności, odwołująca się nie korzystała z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Po zakończeniu okresu pobierania zasiłku, od dnia 21 maja 2016 r. K. T. została włączona do obowiązkowego ubezpieczenia emerytalno-rentowego z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności. Od tego dnia mogła też ponownie przystąpić do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, niemniej powinna złożyć stosowny wniosek w terminie 7 dni od daty wyczerpania zasiłku macierzyńskiego. Zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych obowiązkowych i dobrowolnych odwołująca się dokonała w dniu 1 sierpnia 2016 r., a więc po upływie ustawowego terminu. Skutkowało to objęciem jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od daty zgłoszenia wniosku, a więc właśnie od dnia 1 sierpnia 2016 r., jak słusznie przyjął organ rentowy i Sąd Okręgowy, nie zaś od 22 maja 2016 r., tak jak chciałaby tego apelująca. Chcąc uzyskać objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym od dnia 22 maja 2016 r., czyli od dnia następnego po dniu zakończenia pobierania zasiłku macierzyńskiego, odwołująca powinna była złożyć do organu rentowego stosowny wniosek w terminie 7 dni od daty wyczerpania zasiłku macierzyńskiego. Nie ulega wątpliwości, co też w sprawie było bezsporne, że wnioskodawczyni w tym terminie wniosku nie złożyła.

Reasumując, Sąd Apelacyjny uznał zaskarżone orzeczenie za trafne, a zarzuty apelacji za nieuzasadnione. W aktualnym stanie prawnym ustawodawca przyjął pierwszeństwo woli osoby posiadającej tytuł do podjęcia decyzji w przedmiocie podlegania ubezpieczeniu dobrowolnemu i określił jednocześnie pewne zasady czasowe, których niespełnienie nie rodzi powstania uprawnień w żądanym przez nią terminie. W rozpoznawanej sprawie wymogów czasowych w zgłoszeniu wniosku w przedmiocie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego wnioskodawczyni niewątpliwie nie spełniła.

W odpowiedzi na zarzut naruszenia przepisów Konstytucji RP sąd odwoławczy w całości podziela stanowisko przedstawione przez Sąd Okręgowy w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku uznając, że odmienne traktowanie ubezpieczonych z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej i osób wykonujących zatrudnienie w oparciu o umowy prawa cywilnego jest oczywiście dopuszczalne. Przy czym należy podkreślić, że każdy ubezpieczony chcąc podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu – jak wyżej już wskazano – musi złożyć jednoznaczne oświadczenie

w tym zakresie skierowane do organu rentowego na piśmie. Dotyczy to także sytuacji po uprzednim ustaniu dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego na skutek zmiany tytułu podlegania obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalno-rentowym, jak miało to miejsce w niniejszej sprawie.

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

SSA Beata Górską SSA Urszula Iwanowska SSA Jolanta Hawryszko