

Sygn. akt III AUa 245/22

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 lutego 2023 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący:	Sędzia Jolanta Hawryszko (spr.)
Sędziowie:	Barbara Białecka Beata Góraska

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w dniu 9 lutego 2023 r. w S.

sprawy O. K.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K.

o podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu społecznemu

na skutek apelacji organu rentowego

od wyroku Sądu Okręgowego w Koszalinie

z dnia 17 marca 2022 r., sygn. akt IV U 279/21

- zmienia zaskarżony wyrok i oddala odwołanie oraz zasądza od O. K. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. kwotę 180 (sto osiemdziesiąt) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu za I instancję,
- zasądza od O. K. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. kwotę 240 (dwieście czterdzieści) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego organu rentowego w postępowaniu apelacyjnym.

Beata Góraska	Jolanta Hawryszko	Barbara Białecka
---------------	-------------------	------------------

Sygn. akt **III AUa 245/22**

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. decyzją z **20 stycznia 2021** r. nr (...) -20, na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 2 w związku z art. 11 ust. 2, art. 14 ust. 1, 1a i 2 pkt 2, 2a, art. 47 ust. 1 i 2a pkt 1 ustawy z 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t. j. Dz.U. z 2019 r. poz. 300 ze zm.) stwierdził, że ubezpieczona O. K. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą:

- **podlega** dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu:
- od 30.03.2015 r. do 31.03.2015 r.,
- od 01.05.2015 r. do 12.01.2016 r.,
- od 11.01.2017 r. do 31.03.2017 r.,
- od 01.05.2017 r. do 30.09.2017 r.,
- od 01.11.2017 r. do 31.01.2018 r.,
- od 01.05.2018 r. do 20.09.2018 r.,
- **nie podlega** dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu:
- od 01.04.2017 r. do 30.04.2017 r.,
- od 01.10.2017 r. do 31.10.2017 r.,
- od 01.02.2018 r. do 30.04.2018 r.

W uzasadnieniu wskazano, że do ZUS wpłynął wniosek ubezpieczonej jako płatnika składek z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej o wydanie decyzji w sprawie uporządkowania konta w zakresie podlegania do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Okres sporny dotyczył 2018 roku, kiedy to odwołująca płaciła składki z tytułu działalności gospodarczej od zadeklarowanej przez siebie kwoty. W momencie zbiegu z umową o pracę, kiedy wynagrodzenie z umowy o pracę wynosi co najmniej minimalne wynagrodzenie w danym roku kalendarzowym i w związku z pobieraniem zasiłku macierzyńskiego, następuje wyłączenie z obowiązkowego ubezpieczenia społecznego z działalności gospodarczej. Ubezpieczona była zgłoszona do ubezpieczeń z dwóch tytułów: prowadzonej działalności i umowy o pracę, uznanej za zawartą dla pozor. ZUS uznał, że za miesiące 02, 03 i 04 2018 roku nie podlega ubezpieczeniu z działalności z uwagi na zbieg z zatrudnieniem na podstawie umowy o pracę u płatnika M. S.. ZUS zobowiązał powódkę do złożenia korekt ze wskazaniem podlegania wyłącznie ubezpieczeniu zdrowotnemu za okres 02-03.2018 r. Brak reakcji ze strony odwołującej spowodował, że ZUS sam sporządził korekty deklaracji za miesiące 02, 03 i 04.2018 r. Zakład poinformował, że wstecznie brak jest możliwości dokonania zgłoszenia z uwzględnieniem dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Dokonanie zgłoszenia z dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym może nastąpić wyłącznie w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczeń społecznych. Podjęte kroki przez O. K. i M. S. miały na celu uzyskanie zasiłku z dwóch źródeł przychodu (z działalności gospodarczej i z umowy o pracę jednocześnie). Świadome utrzymywanie wersji

o zatrudnieniu u M. S. przez O. K., wprowadzenie organu w błąd skutkowało konsekwencjami. Jedną z nich był brak możliwości wstecznego dokonania zgłoszenia z dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Ponadto, ubezpieczona od początku zdawała sobie sprawę z nadpłaty na koncie, w momencie korekt deklaracji za 02,03,04 2018 r. z wykazaniem składek wyłącznie na ubezpieczenia zdrowotne, świadomie korzystała z nadpłaty, nie regulując bieżących składek, aż do jej rozliczenia. Następnie po prawomocnym wyroku Sądu i dokonaniu korekt, ponownie z uwzględnieniem składek na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne z 02,03,04 2018 ubezpieczona uregulowała zaległości za ten okres.

Ubezpieczona wniosła odwołanie od decyzji, podając że płaciła za okres sporny składki, a ZUS nie zakwestionował wcześniej tego okresu, ani też nie zwrócił nadpłaty skarżącej. Wniosła o zmianę zaskarżonej decyzji przez orzeczenie, że podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 01.02.2018 r. do 30.04.2018 r.

Organ rentowy w odpowiedzi na odwołanie wniósł o jego oddalenie.

Sąd Okręgowy w Koszalinie IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z 17 marca 2022 r. zmienił zaskarżoną decyzję i stwierdził, że O. K. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu także w okresie od 1 lutego 2018 r. do 30 kwietnia 2018 r. oraz zasądził na rzecz ubezpieczonej 180,00 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Sąd Okręgowy ustalił, że ubezpieczona od 30.03.2015 prowadziła działalność gospodarczą pod firmą (...), której przedmiotem była własnoręczna produkcja świec i z tego tytułu od 11.01.2017 r. była zgłoszona do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych oraz dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. W dniu 26.01.2018 została zgłoszona do ubezpieczeń społecznych z tytułu umowy o pracę przez M. S..

W dniu 10.05.2018 ubezpieczona złożyła wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie za miesiące od 12/2017 do 03/2018. Zakład w dniu 14.05.2018 poinformował o bezzasadności wniosku, ponieważ składki za (...) i (...) zostały opłacone w terminie i w wymaganych wysokościach, biorąc pod uwagę zadeklarowane przez płatnika podstawy wymiaru składek, za (...), (...) nie podlegała ubezpieczeniom z działalności gospodarczej z uwagi na zbieg z zatrudnieniem od 19.01.2018 r. na podstawie umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy. Jednocześnie, Zakład wezwał do złożenia prawidłowego schematu podlegania ubezpieczeniom z działalności gospodarczej, tj.:

- od 11.01.2017 do 18.01.2018 z kodem 0510 do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych z dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym;

- od 19.01.2018 z kodem 0510 do ubezpieczenia zdrowotnego; oraz do złożenia korekt deklaracji rozliczeniowych za (...), (...) z wykazaniem podstaw wymiaru składek i kwot składek wyłącznie na ubezpieczenie zdrowotne. Wobec braku reakcji, organ w dacie 1.06.2018 sporządził z urzędu korekty dokumentów rozliczeniowych za miesiące: 04, (...); 02,03, (...). Jednocześnie pismem poinformował, że na koncie płatnika jako osoby ubezpieczonej uporządkował okresy podlegania ubezpieczeniom z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej.

W dniu 05.06.2018 ubezpieczona zwróciła się o informację o stanie konta płatnika składek. Pismem z 15.06.2018 została poinformowana, że po rozliczeniu konta na dzień 15.06.2018 ustalono następujący stan konta:

ubezpieczenia społeczne - nadpłata w kwocie 7 318,07 zł;

ubezpieczenie zdrowotne - nadpłata w kwocie 24,93 zł;

Fundusz Pracy - nadpłata 410,07 zł.

Jednocześnie poinformował, że prowadzone jest postępowanie wyjaśniające celem ustalenia obowiązku podlegania ubezpieczeniom społecznym pracowniczym od 19.01.2018; po zakończeniu postępowania może nastąpić konieczność sporządzenia korekt dokumentów rozliczeniowych, co spowoduje zmianę stanu konta.

Ubezpieczona przebywała na zwolnieniu w związku z ciążą od 7.05.2018 do 6.06.2018, a następnie od 3.08.2018 do 5.10.2018. Poród nastąpił we wrześniu 2018 r.

Ubezpieczona złożyła do ZUS wnioski o wypłatę zasiłku chorobowego związanego z ciążą z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej z okres od 7.05.2018 do 06.06.2018. Na dzień analizy wniosku o zasiłek i zapisów z działalności gospodarczej widniały następujące zgłoszenia i deklaracje rozliczeniowe:

- od 11.01.2017 zgłoszenie do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych wraz z dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym (kod 0510);
- deklaracja rozliczeniowa za (...) z zadeklarowaną podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne, w tym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe -11 107,50 zł;

- deklaracja rozliczeniowa za (...) z zadeklarowaną podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne, w tym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe -11 107,50 zł;
- deklaracja rozliczeniowa za (...) z zadeklarowaną podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne, w tym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe -11 107,50 zł;
- deklaracja rozliczeniowa za (...) z zadeklarowaną podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne, w tym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe -11 107,50 zł.

Zgodnie z rozliczeniem wówczas, biorąc pod uwagę deklaracje i dokonane wpłaty, składki za miesiące od 01/2018 do 04/2018 zostały opłacone w terminie i w wysokościach zadeklarowanych od podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne w kwocie 11107,50 zł za każdy okres rozliczeniowy. Składki zostały opłacone za okres rozliczeniowy (...) do (...) w formie przelewu bankowego na konto składowe ZUS.

Płatnik składek M. S. w dniu 22.08.2018 r. wystąpił do organu o wypłatę zasiłku chorobowego dla ubezpieczonej za okres od 05.08.2018 do 02.09.2018. Na dzień analizy wniosku o zasiłek i zapisów z zatrudnienia na podstawie umowy o pracę u płatnika M. S., widniały zgłoszenia i dokumenty rozliczeniowe złożone przez płatnika:

- od 19.01.2018 r. – zgłoszenie do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych z tytułu umowy o pracę (kod 0110);
- deklaracja rozliczeniowa wraz z raportem imiennym za (...) z wykazaną podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne -1 497,09 zł, wykazany 1/1 etat;
- deklaracja rozliczeniowa wraz z raportem imiennym za (...) z wykazaną podstawą wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne – 3 493,21 zł, wykazany 1/1 etat;
- deklaracja rozliczeniowa wraz z raportem imiennym za (...) z wykazaną podstawą wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne – 3 493,21 zł, wykazany 1/1 etat;
- deklaracja rozliczeniowa wraz z raportem imiennym za (...) z wykazaną podstawą wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne – 3 493,21 zł, wykazany 1/1 etat;

wówczas nie było jeszcze wymogu złożenia deklaracji rozliczeniowej za (...) i raporty imienne.

W dniu 04.06.2018 r. ubezpieczona dokonała zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych wraz z dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od 1.05.2018, w związku ze zmianą wymiaru czasu pracy na podstawie umowy o pracę i zmniejszeniem podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne oraz wynagrodzenia za pracę, które nie przekraczało już kwoty minimalnego wynagrodzenia. Pozyskanie takiej informacji stanowiło dla zakładu podstawę do zbadania prawidłowości zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych u płatnika składek M. S..

Organ rentowy w dniu 27.08.2018 r. wydał decyzję, że ubezpieczona jako pracownik u płatnika składek M. S. nie podlega obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowemu, chorobowemu i wypadkowemu od 19.01.2019 r. Sąd Okręgowy w Koszalinie wyrokiem z 29 kwietnia 2019 r. oddalił odwołanie ubezpieczonej. Wyrok uprawomocnił się 7.06.2019 r.

Ubezpieczona w dniu 14 czerwca 2019 zwróciła się do ZUS o sporządzenie z urzędu korekt deklaracji rozliczeniowych za okres od 01/2018 do 04/2018 zgodnie z dokumentacją (...) i informacją telefoniczną. We wniosku wskazała na objęcie jej ubezpieczeniem społecznym i chorobowym. Zakład decyzją z 14 sierpnia 2019 r. umorzył jako bezprzedmiotowe postępowanie w sprawie określenia wysokości należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne, Fundusz Pracy, wszczęte w dniu 21 czerwca 2019 r., ponieważ płatniczka uregulowała zadłużenie za okres od 02/2018 do 04/2018.

Wpłata składek z 10.02.2018 r. w kwocie 4 120,92 zł na ubezpieczenie społeczne

i dobrowolne ubezpieczenie chorobowe z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej według deklaracji rozliczeniowej za (...), została przez Zakład rozliczona początkowo na składkę na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych za styczeń 2018 r. w kwocie 3 503,14 zł i maj 2018 r. w kwocie 25,71 zł. Rozliczono również składkę na Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych za (...) (319,94 zł) i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych (272,13 zł).

Wpłata składek w kwocie 4 120,92 zł z 11.03.2018 r. została rozliczona przez Zakład:

- na składkę na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych za maj 2018 r. w kwocie 3 363,36 zł;
- na składkę na Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych za luty 2018 r. w kwocie 319,94 zł;
- na składkę na Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych za maj 2018 r. w kwocie 227,73 zł;
- na składkę na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych za maj 2018 r. w kwocie 209,89 zł;

Wpłata składek w kwocie 4 120,92 zł z 10.04.2018 r. została rozliczona przez Zakład:

- na składkę na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych za czerwiec 2018r. – 3 514,41zł;
- na składkę na Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych za marzec 2018 r. - 319,94 zł;
- na składkę na Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych za maj 2018 r. w kwocie 92,21 zł;
- na składkę na Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych za czerwiec 2018 r. - 14,44 zł;
- na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych za maj 2018 r. - 62,24 zł;
- na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych za czerwiec 2018 - 117,68 zł;

Wpłata składek w kwocie 4 106,48 zł z 09.05.2018 r. została rozliczona w sposób następujący:

- na składkę na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych za (...) w kwocie 3 326,59 zł;
- na składkę na Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych za (...) w kwocie 319,94 zł;
- na składkę na Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych za (...) w kwocie 305,50 zł;
- na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych za (...) - 154,45 zł.

Wpłatę składek w kwocie 342,32 zł z 07.06.2019 r. rozliczono w sposób następujący:

- na składkę na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych za (...) w kwocie 0,24 zł;
- na składkę na Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych za (...) w kwocie 342,08 zł;

Wpłatę składek w kwocie 342,32 zł z 08.07.2019 r. rozliczono w sposób następujący:

- na składkę na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych za (...) w kwocie 309,32 zł;
- na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych za (...) z tytułu odsetek za zwłokę - 33,00 zł;

K. dokonane wpłaty składek w kwotach 1000,00 zł - z 10.07.2019, z 11.07.2019 i z 21.07.2019 rozliczono w sposób następujący:

- na składkę na Funduszu Ubezpieczeń Społecznych za (...) w kwocie 904,00 zł;

- na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych za (...) z tytułu odsetek za zwłokę - 96,00 zł;
- na składkę na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych za (...) w kwocie 235,16 zł;
- na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych za (...) - 25,00 zł z tytułu odsetek za zwłokę;
- na składkę na FUS za (...) w kwocie 672,84 zł;
- na składkę na FUS za (...) w kwocie 67 zł z tytułu odsetek za zwłokę;
- na składkę na FUS za (...) w kwocie 909,00 zł;
- na składkę na FUS za (...) w kwocie 91, 00 zł z tytułu odsetek za zwłokę;
- na składkę na FUS za (...) w kwocie 765,88 zł;
- na składkę na FUS za (...) w kwocie 77,00 zł z tytułu odsetek za zwłokę;
- na składkę na FUS za (...) w kwocie 144,12 zł;
- na składkę na FUS za (...) w kwocie 13,00 zł z tytułu odsetek za zwłokę;
- na składkę na FUS za (...) w kwocie 914,00 zł;
- na składkę na FUS za (...) w kwocie 86,00 zł z tytułu odsetek za zwłokę;
- na składkę na FUS za (...) w kwocie 915,00 zł;
- na składkę na FUS za (...) w kwocie 85,00 zł z tytułu odsetek za zwłokę;
- na składkę na FUS za (...) w kwocie 914,00 zł;
- na składkę na FUS za (...) w kwocie 86,00 zł z tytułu odsetek za zwłokę.

Wpłatę z dnia 21.07.2021 r. w kwocie 1 000,00 zł rozliczono w sposób następujący:

- na składkę na FUS za (...) w kwocie 355,16 zł;
- na składkę na FUS za (...) w kwocie 34,00 zł z tytułu odsetek za zwłokę;
- na składki na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych ((...), (...), (...)) wraz z odsetkami za zwłokę;

a) za okres (...) składka w kwocie 272,13 zł , odsetki za zwłokę w kwocie 30,00 zł;

b) za (...) składka w kwocie 272,13 zł, odsetki za zwłokę w kwocie 28,00 zł;

c) za (...) składka w kwocie 8,58 zł, odsetki za zwłokę w kwocie 28,00 zł;

W dniu 23.11.2020 ubezpieczona zwróciła się do ZUS, w związku z płatnościami składek w zadeklarowanej przez siebie kwocie za rok 2018 r., aby Zakład wydał decyzję w sprawie uporządkowania jej konta rozliczeniowego ZUS w zakresie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Uzasadniała, że w roku 2018 dobrowolnie płaciła składki w zadeklarowanej przez siebie kwocie, w zależności od miesiąca kwota wahała się wokół kwoty 3500 zł, przy podstawie wymiaru składki wynoszącej 11100 zł. Składki nie zostały jej ani zwrócone, ani zaliczone w ZUS. Wniosła o uporządkowanie jej konta w ZUS i zaliczenie tych składek zgodnie ze złożoną w 2018 r. deklaracją odnośnie płatności.

Zakład w dniu 7.12.2020 r. wszczął postępowanie administracyjne w sprawie ustalenia obowiązku podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia przez płatnika pozarolniczej działalności gospodarczej. Tego samego dnia sporządził raport rozliczeń należności płatnika, z którego wynikało, że konto składowe nie wykazuje zadłużenia. Następnie Zakład pobrał dane o zgłoszeniach do ubezpieczeń społecznych płatnika, z których wynikało, że w okresie spornym 1.02.2018 do 30.04.2018 była historycznie zgłaszana do dwóch ubezpieczeń społecznych – z tytułu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę oraz z tytułu działalności gospodarczej. Według raportu wypłaconych świadczeń, za okres od 3 sierpnia 2018 do 20 września 2018 wypłacono jej zasiłek chorobowy z funduszu chorobowego.

Sąd Okręgowy uwzględnił odwołanie i wskazał, że rozstrzygał kwestię, czy w okresie od 1.02.2018 r. do 30.04.2018 r. odwołująca powinna podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą.

Stosownie do treści art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 13.10.1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych, osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą, objęte obowiązkowo ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tego tytułu, podlegają na swój wniosek dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu.

Według art. 11 ust. 1 ustawy, obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu podlegają osoby wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 1, 3, 12 i 23 cytowanej ustawy, czyli między innymi pracownicy, zatrudnieni na podstawie umowy o pracę.

Zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy, 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 art. 14 ust. 1a w/w ustawy.

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

1) od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony;

2) od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie - w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność

i osób z nimi współpracujących, duchownych oraz osób wymienionych w art. 7;

w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, z zastrzeżeniem ust. 2a;

3) od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom.

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

Stosownie do art. 9 ust. 1 ustawy osoby, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1, 3, 7b, 10, 20 i 21, spełniające jednocześnie warunki do objęcia ich obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z innych tytułów, są obejmowane ubezpieczeniami tylko z tytułu stosunku pracy, umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, albo umowy o dzieło, jeżeli umowę taką zawarły z pracodawcą, z którym pozostają w stosunku pracy, lub jeżeli w ramach takiej umowy wykonują pracę na rzecz pracodawcy, z którym pozostają w stosunku pracy, członkostwa w spółdzielni, otrzymywania stypendium doktoranckiego, służby, pobierania świadczenia szkoleniowego, świadczenia socjalnego, zasiłku socjalnego albo wynagrodzenia przysługującego w okresie korzystania ze świadczenia górniczego lub w okresie korzystania ze stypendium na przekwalifikowanie. Mogą one dobrowolnie, na swój wniosek, być objęte ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi również z innych tytułów, z zastrzeżeniem ust. 1a.

Ubezpieczeni wymienieni w ust. 1, których podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe z tytułu stosunku pracy, członkostwa w spółdzielni, służby, pobierania świadczenia szkoleniowego, świadczenia socjalnego, zasiłku socjalnego lub wynagrodzenia przysługującego w okresie korzystania ze świadczenia górniczego lub w okresie korzystania ze stypendium na przekwalifikowanie w przeliczeniu na okres miesiąca jest niższa od określonej w art. 18 ust. 4 pkt 5a, podlegają również obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z innych tytułów, z zastrzeżeniem ust. 1b i art. 16 ust. 10a.

Sąd pierwszej instancji wywodził, że tytuł do ubezpieczeń społecznych powstaje z mocy prawa, a nie na podstawie deklaracji stron, czy też decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Jeżeli nie powstaje tytuł pracowniczego ubezpieczenia społecznego, to nie można mówić o zbiegu tytułów do ubezpieczeń społecznych i pierwszeństwie pracowniczego tytułu w stosunku do innych tytułów do ubezpieczeń społecznych, w tym tytułu związanego z prowadzeniem pozarolniczej działalności gospodarczej. Zgłoszenie zatem przez płatnika składek jakiegokolwiek osoby pod pozornym tytułem zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, nie powoduje, że powstaje tytuł do ubezpieczeń społecznych. Podkreślił, że decyzje ZUS dotyczące podlegania do ubezpieczeń społecznych i zaistnienia, bądź nie, tytułu do ubezpieczeń społecznych, mają charakter deklaratoryjny, a nie konstytutywny. Tytułem do ubezpieczeń społecznych nigdy nie jest decyzja stwierdzająca, że ktoś takiemu ubezpieczeniu podlega, czy też samo zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych. Tytuł do ubezpieczeń społecznych powstaje z mocy prawa, a nie z woli stron. Tak więc, to nie decyzja organu rentowego powoduje powstanie obowiązku ubezpieczeń społecznych, a jedynie potwierdza ona ten obowiązek. Decyzja ta wydawana jest na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 2 cyt. ustawy i nie jest decyzją kształtującą prawa i obowiązki, a jedynie decyzją potwierdzającą przebieg ubezpieczeń.

Skoro tak, to nie można stwierdzić, że w którymkolwiek momencie, ustało dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonej z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej. W szczególności nie mogło ono ustać na podstawie pozornego zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych. Okoliczność, że potwierdzenie pozorności tego zgłoszenia nastąpiło o wiele miesięcy później od faktu zgłoszenia do pracowniczego ubezpieczenia społecznego, nie miała żadnego znaczenia dla istoty sporu. Skoro umowa została uznana za pozorną, to nieważność pozornego oświadczenia woli powoduje, że nie następują wyrażone w nim skutki prawne. Zarówno zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych, jak i decyzja ZUS w tym zakresie, nie powodują powstania obowiązku ubezpieczeń społecznych. Zakład nie powinien zatem dokonywać jakichkolwiek korekt, czy zmian w odniesieniu do zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych, jeżeli miał wątpliwości co do ich prawidłowości.

W niniejszej sprawie Zakład najpierw przyjął zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych z tytułu umowy o pracę, składki z tytułu działalności przeksięgował na okresy następujące po 04/2018, a następnie stwierdził, że ubezpieczona jednak nie podlega pracowniczym ubezpieczeniom społecznym i wydał w tym zakresie decyzję, która podlegała kontroli sądowej. P. od początku realizowała swój obowiązek składkowy, terminowo opłacając składki na ubezpieczenie społeczne oraz dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w związku

z prowadzoną działalnością gospodarczą. To był jej jedyny prawdziwy tytuł do ubezpieczeń społecznych, stąd w niniejszej sprawie, faktycznie nie doszło do zbiegu tytułów

do ubezpieczeń społecznych, stąd nie było podstaw faktycznych i prawnych

do przeksięgowywania składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w taki sposób

jak to uczynił ZUS. W ocenie Sądu Okręgowego, dobrowolne ubezpieczenie chorobowe nie ustało, ponieważ nie ustał tytuł podlegania tym ubezpieczeniom. Ubezpieczona nie składała wniosku w 2018 r. o wyłączenie jej z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, terminowo opłacała składki na to ubezpieczenie jako osoba prowadząca działalność, nie ustał również tytuł do podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, bowiem działalność nie została zawieszona, jak również nie powstał tytuł pracowniczy, który dawałby pierwszeństwo ubezpieczeniom społecznym, w tym obowiązkowym chorobowym, z tytułu umowy o pracę, w relacji do podlegania ubezpieczeniom dobrowolnym chorobowym z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej oraz obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym w związku z tą działalnością.

Skoro w okresie od 1 lutego 2018 r. do 30 kwietnia 2018 r. nie zaistniały podstawy do ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, to Zakład nie miał podstaw do wyłączenia spornego okresu z zestawienia okresów podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako osoby prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą.

Apelację od wyroku złożył organ rentowy. Zarzucił orzeczeniu naruszenie prawa materialnego art. 11 ust. 2, art. 14 ust. 1, 1a, 2, 2a, art. 47 ust. 1 pkt 1 i 2a pkt 1 ustawy z 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2019 r.; poz. 300 ze zm.) przez uznanie, że ubezpieczona jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu także w okresie od 1.02.2018 r. do 30.04.2018 r., podczas gdy z dokumentacji zgromadzonej w sprawie wynika, że w okresie od 01.02.2018 r. do 30.04.2018 r. nie podlegała do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, nie wносиła o objęcie tym ubezpieczeniem i nie opłacała składek na to ubezpieczenie. Organ rentowy wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w całości i oddalenie odwołania.

Sąd Apelacyjny rozważył sprawę i uznał, że apelacja jest zasadna.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, Sąd pierwszej instancji prawidłowo zgromadził materiał dowodowy i dokonał prawidłowych ustaleń, jednak niewłaściwie przeprowadził subsumpcję i wskutek tego, niewłaściwie zastosował prawo materialne. Ustalenia faktyczne sprawy są bezsporne i nie budzą wątpliwości Sądu drugiej instancji, a jako takie stanowią podstawę do oceny prawnej.

Na wstępie, dla uchwycenia istoty sprawy, Sąd Apelacyjny wskazuje, że ubezpieczona od 30.03.2015 prowadzi działalność gospodarczą, a od 11.01.2017 podlega dodatkowo ubezpieczeniu chorobowemu. Równolegle od 26.01.2018 została zgłoszona do ubezpieczeń obowiązkowych jako pracownik i pracodawca opłacał składki od stycznia 2018 do kwietnia 2018 od podstawy wymiaru 3 493,21 zł, po czym wynagrodzenie zostało obniżone do wartości nie przekraczającej kwoty wynagrodzenia minimalnego.

W dniu 30.05.2018 ubezpieczona złożyła (...) dotyczący wyrejestrowania z ubezpieczeń od 19.01.2018 z tytułu działalności gospodarczej, ponieważ od stycznia tytułem do ubezpieczenia społecznego była umowa o pracę. Niemniej, mimo statusu pracownika, ubezpieczona z tytułu działalności, od stycznia 2018 regularnie opłacała składki na obowiązkowe ubezpieczenia od podstawy wymiaru 11 107,50 zł.

Następnie, **od dnia 4.06.2018 ubezpieczona ponownie zgłosiła się do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych wraz z dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu działalności gospodarczej za okres od 1.05.2018,** a to w związku ze zmianą wymiaru czasu pracy na podstawie umowy o pracę i zmniejszeniem podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne oraz wynagrodzenia za pracę, które nie przekraczało już kwoty minimalnego wynagrodzenia

Organ w dniu 27.08.2018 wydał decyzję, w której uznał, że O. K. jako pracownik u płatnika składek M. S. nie podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowemu, chorobowemu i wypadkowemu od dnia 19.01.2019 – decyzja stała się prawomocna z datą 7.06.2019 r. Skutkiem tego, organ rozliczył konto ubezpieczonej z tytułu działalności gospodarczej i ujawnił się brak składek za luty, marzec i kwiecień 2018, o czym ubezpieczona została poinformowana w piśmie z 18.06.2019 r., przy czym należności wpłacane od stycznia 2018, zostały przez organ rozliczone na poczet należności składkowych z tytułu działalności gospodarczej od maja 2018, kiedy to ubezpieczona ponownie zgłosiła się do ubezpieczeń społecznych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, bowiem wskazała, że od maja nie uzyskiwała minimalnego wynagrodzenia z tytułu umowy o pracę.

W dniu 14.06.2019 ubezpieczona zgłosiła korektę do okresów podlegania ubezpieczeniom społecznym, wnosząc o objęcie ubezpieczeniem chorobowym dobrowolnym od 1.05.2018.

W takim stanie sprawy, pojawił się spór o to, czy uznanie umowy o pracę za pozorną, czyli nieważność umowy o pracę mogła skutkować powrotem do stanu faktyczno-prawnego sprzed wprowadzenia tej umowy do obrotu prawnego, a w szczególności w zakresie skutków prawnych w sferze ubezpieczeń społecznych.

Sąd pierwszej instancji ocenił, że skoro umowa została uznana za pozorną, to nieważność pozornego oświadczenia woli powoduje, że nie następują wyrażone w nim skutki prawne, zaś zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych, jak i decyzja ZUS w tym zakresie, nie powodują powstania obowiązku ubezpieczeń społecznych. Tytuł do ubezpieczeń społecznych powstaje, bowiem z mocy prawa, a nie na podstawie deklaracji stron, czy też decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Z takim poglądem prawnym nie można się jednak zgodzić, już chociażby z tego prostego powodu, że wprost skutkowałyby zbędnością wszystkich procedur rejestracyjno-deklaracyjnych w zakresie istnienia ubezpieczeń społecznych, bowiem tym procedurom Sąd pierwszej instancji odmówił jakiegokolwiek znaczenia prawnego.

Po pierwsze, wymaga wskazania, że stosunek ubezpieczenia społecznego jest stosunkiem publicznoprawnym, do którego nie mają zastosowania przepisy kodeksu cywilnego, a taką stricte cywilistyczną konstrukcję wprowadził Sąd pierwszej instancji. W przypadku prawomocnego stwierdzenia przez organ, że tytuł ubezpieczenia społecznego nie istniał, stosunek publicznoprawny, w którym pojawił się tego rodzaju tytuł ubezpieczenia, nie podlega reaktywacji do stanu sprzed wprowadzenia tego tytułu do obrotu prawnego. Nie ma ku temu żadnej podstawy prawnej, zaś organ kształtuje sytuację faktyczną i prawną stron w drodze decyzji, wydawanych w oparciu o art. 83 ustawy systemowej. Zakład wydaje decyzje w zakresie indywidualnych spraw dotyczących w szczególności zgłaszania do ubezpieczeń społecznych, ustalania płatnika składek, przebiegu ubezpieczeń, ustalania wymiaru składek i ich poboru, a także umarzania należności z tytułu składek. Jest to kompetencja ustawowa organu i nie ma podstawy prawnej do jej podważenia, a zatem nie można dowolnie twierdzić, że decyzje organu nie mają mocy sprawczej w zakresie ustalania obowiązku ubezpieczeń społecznych. Dobitym przykładem przeciwnej tezy są liczne sprawy sądowe, gdy to strony i organ zajmują odmienne stanowiska co do istnienia tytułu ubezpieczenia społecznego. Decyzje organu w powyższych kwestiach, w istocie mają charakter deklaratoryjny, niemniej to na podstawie decyzji określa się skutki prawne w zakresie stosunku publicznoprawnego ubezpieczenia. Podleganie ubezpieczeniom *ex lege* jest skuteczne prawnie do momentu, gdy organ nie zakwestionuje deklarowanego stanu faktycznego. W wtedy skutki prawne ocenia się na podstawie decyzji, a nie na podstawie abstrakcyjnych przesłanek prawa. Konstrukcja przyjęta przez Sąd Okręgowy jest wprost przeniesiona z prawa cywilnego – Kodeks cywilny Tytuł IV Czynności prawne, jednak niedopuszczalna na gruncie ustawy systemowej. Prawo cywilne kształtuje stosunki prawne między podmiotami – osobami fizycznymi i osobami prawnymi, a nie podmiotami publicznymi wykonującymi czynności władcze państwa. Organ rentowy jest publicznym organem państwowym, a stosunek ubezpieczenia społecznego jako publicznoprawny ma walor stosunku administracyjnego. Do stosunku administracyjnego nie można, bez wyraźnego umocowania ustawowego, przenieść instytucji prawa cywilnego.

Po drugie, tytuł ubezpieczenia społecznego istotnie powstaje po spełnieniu przesłanek ustawowych z mocy prawa, lecz dla zafunkcjonowania w instytucjonalnym obrocie w sferze ubezpieczeń społecznych musi wiązać się z dopełnieniem szeregu formalnych czynności, do których strona jest ustawowo zobligowana przepisami ustawy systemowej wg Rozdziału 4 ustawy. Przepisy ustawy systemowej są w tym względzie stanowcze: każda osoba objęta obowiązkowo ubezpieczeniem, czyli z mocy prawa, podlega zgłoszeniu do ubezpieczeń społecznych (art. 36 ust. 1, art. 36a). W razie sporu dotyczącego obowiązku ubezpieczeń społecznych Zakład wydaje decyzję osobie zainteresowanej oraz płatnikowi składek. Nie później niż w terminie 7 dni od uprawomocnienia się decyzji, o której mowa w ust. 1, płatnik składek jest zobowiązany przekazać do Zakładu dokumenty związane z ubezpieczeniami społecznymi określone w ustawie za okres objęty decyzją (art. 38 ustawy systemowej). Zakład może sporządzać z urzędu zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych, zgłoszenia wyrejestrowania ubezpieczonego z ubezpieczeń społecznych, imienne raporty miesięczne, zgłoszenia płatnika składek, zgłoszenia wyrejestrowania płatnika składek, deklaracje rozliczeniowe oraz dokumenty korygujące te dokumenty, zwane dalej „dokumentami związanymi z ubezpieczeniami społecznymi określonymi w ustawie”. Zakład może z urzędu wprowadzać i korygować dane bezpośrednio na kontaktach ubezpieczonych lub kontaktach płatników składek, informując o tym ubezpieczonych i płatników składek (art. 48b ustawy systemowej).

W myśl §12 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 21 września 2017 w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, do których zobowiązany jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych (DZ.U. z 2017 poz. 1831) Zakład dokonuje rozliczenia dokonanej przez płatnika składek wpłaty na koncie płatnika i zewidencjonowania danych na koncie ubezpieczonego na dany miesiąc kalendarzowy na podstawie deklaracji oraz raportów lub deklaracji korygującej i raportów korygujących, w części przypadającej na dany fundusz według podziału ustalonego zgodnie z §7 ust. 1. Kwota wpłaty w części przypadającej na ubezpieczenia społeczne podlega zaliczeniu na fundusz emerytalny i otwarte fundusze emerytalne, fundusz rentowy, fundusz chorobowy oraz fundusz wypadkowy, począwszy od należności o najwcześniejszym terminie płatności. Zgodnie z §7 ust. 1 rozporządzenia, dokonana przez płatnika składek wpłatę na numer rachunku składkowego Zakład rozdziela na pokrycie należności z tytułu składek na poszczególne fundusze, z uwzględnieniem:

- 1) proporcjonalnego procentowego podziału wpłaty według kwot składek przypadających do zapłaty na poszczególne fundusze na podstawie danych zawartych w deklaracji złożonej za ostatni miesiąc kalendarzowy albo
- 2) w przypadku gdy płatnik składek nie złożył deklaracji – według procentowego udziału składek na poszczególne fundusze w kwocie wpłaty, na podstawie stóp procentowych składek na poszczególne fundusze dla płatnika składek opłacającego składki na własne ubezpieczenia.

Należy też zaznaczyć, że doniosłość i skuteczność prawną formularzy zgłoszeniowych podkreśla art. 34 ustawy systemowej, zgodnie z którym Zakład zapewnia rzetelność i kompletność informacji gromadzonych na kontach ubezpieczonych i na kontach płatników składek w sposób uregulowany niniejszą ustawą. Informacje zawarte na koncie ubezpieczonego i koncie płatnika składek prowadzonych w formie elektronicznej, które przekazane zostały w postaci dokumentu pisemnego albo elektronicznego, są środkiem dowodowym w postępowaniu administracyjnym i sądowym.

Podsumowując, ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych skuteczność prawną w sferze ubezpieczeń społecznych jednoznacznie przypisuje nie tylko legalnie istniejącym tytułom ubezpieczeń społecznych, ale przede wszystkim dopełnieniu formalności związanych ze zgłoszeniem do ubezpieczeń społecznych i bieżącym rozliczaniem konta. Przepisy w tym zakresie są bezwzględnie obowiązujące i płatnicy składek są zobowiązani do zapoznania się z tymi przepisami i ich stosowania. W szczególności, są zobowiązani do terminowego dokonywania prawidłowych zgłoszeń i opłacania składek w należytej wysokości i ustawowym terminie (art. 36 ust. 4, art. 17 ustawy systemowej).

W ocenie Sądu Apelacyjnego, w okolicznościach sprawy, organ rentowy trafnie uznał, że zgłoszenie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego ustało od stycznia 2018 wskutek działania ubezpieczonej, która zawarła umowę o pracę, a następnie zostało wznowione od maja 2018, również na skutek wniosku ubezpieczonej. Fakt, że organ prawomocnie stwierdził pozorność umowy o pracę jako tytułu ubezpieczenia społecznego, nie skutkowało zniweczeniem wszystkich czynności organu i ubezpieczonej w kierunku bieżącego uzgadniania konta z zachodzącymi zdarzeniami prawnymi, podjętych od stycznia 2018, kiedy to ubezpieczona została zgłoszona do ubezpieczenia pracowniczego. Tak ubezpieczona, jak i organ podjęli wówczas czynności w kierunku rozliczenia konta ubezpieczonej, biorąc pod uwagę bieżące deklaracje i dokonywane wpłaty w odniesieniu do wówczas deklarowanych tytułów ubezpieczenia i bynajmniej nie były to czynności błędne, ponieważ znajdowały umocowanie w przepisach ustawy, jak wskazano wyżej.

Wobec zawarcia umowy o pracę od stycznia 2018 z podstawą wymiaru rządu 3 tysiące, ubezpieczona od stycznia 2018 nie mogła podlegać ubezpieczeniom obowiązkowym z tytułu działalności gospodarczej, a zatem nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu działalności. Składki wpłacone przez ubezpieczoną z tytułu działalności gospodarczej od stycznia 2018 stanowiły nadpłatę, którą organ rozliczył na poczet należności składkowych z tytułu działalności gospodarczej od maja 2018, bowiem od maja ubezpieczona nie uzyskiwała minimalnego wynagrodzenia z tytułu umowy o pracę.

To, że ubezpieczona wówczas, dobrowolnie i na bieżąco opłacała składki za miesiące od 01/2018 do 04/2018, w terminie i w wysokościach zadeklarowanych przez nią jako płatnika składek z tytułu działalności gospodarczej od

podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne 11 107,50 zł za każdy okres rozliczeniowy w formie przelewu bankowego na konto składkowe ZUS, nie dawało podstaw do ustalenia tytułu prawnego ubezpieczenia, ponieważ jej prawnym tytułem był wówczas status pracownika (art. 9 ust. 1 i ust. 1a). Natomiast ustalenie pozorności umowy o pracę i odpadnięcie tego tytułu ubezpieczenia, skutkowało ponownym, bieżącym rozliczeniem konta, nie reaktywowało jednak pierwotnego stosunku ubezpieczeniowego, istniejącego przed styczniem 2018, bo taka konstrukcja prawna nie ma umocowania w przepisach ustawy systemowej.

W okolicznościach sprawy nie ma podstaw prawnych w ustawie systemowej do stwierdzenia, że po odpadnięciu tytułu ubezpieczenia pracowniczego jako pozornego, *ex tunc* istnieje jedyny i prawdziwy tytuł do ubezpieczeń społecznych z działalności gospodarczej, który będzie uzasadniał wsteczną ocenę obowiązków składkowych. Jedynym prawdziwym tytułem do ubezpieczeń jest bowiem taki, jaki płatnik zadeklaruje w zgłoszeniu do ubezpieczenia społecznego. To czy tytuł ten faktycznie jest legalny jest kwestią wtórną, a jego ocena jest poddana kompetencji Zakładu, co wynika z ww. przepisów ustawy systemowej. Zatem, w stanie sprawy w styczniu 2018 doszło faktycznie do zbiegu tytułów do ubezpieczeń społecznych, co wynikało z deklaracji płatników i pociągało za sobą skutki ustawowe w postaci obowiązku uzgodnienia tytułów i rozliczenia konta. Czynności organu w tym zakresie były więc prawidłowe.

Zasadnie organ rentowy podkreślił, że liczne zmiany w sposobie opłacania składek wynikały wyłącznie z chęci uzyskania świadczeń na okres ciąży i macierzyństwa, zarówno z tytułu działalności gospodarczej jak i zatrudnienia pracowniczego, co doprowadziło do konkretnych skutków materialnoprawnych w sferze rozliczenia składek, z których ubezpieczona ostatecznie nie jest zadowolona. Ubezpieczona jako płatnik dobrze orientowała się w swoich obowiązkach w zakresie ubezpieczeń społecznych i stosowała się wyłącznie do tych wezwań ZUS, które były dla niej korzystne i skutkowały zaliczaniem uiszczonych kwot, nie tyle zgodnie z pierwotnie deklarowanym przeznaczeniem wpłaconych środków, ale na poczet innych wpłat, wymagalnych w konkretnym stanie prawnym i faktycznym. Dopóki trwało postępowanie w przedmiocie odwołania ubezpieczonej od decyzji organu, wyłączającej ją z ubezpieczeń z tytułu fikcyjnego zatrudnienia pracowniczego, kwoty uregulowane na poczet poszczególnych ubezpieczeń – na wniosek ubezpieczonej – były zaliczane tak jakby objęta była ubezpieczeniem z tytułu umowy o pracę.

Należy się też zgodzić z organem rentowym, że ubezpieczona prawidłowo interpretowała fakt nie objęcia jej obligatoryjnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu umowy o pracę i uświadamiała sobie, że nie jest możliwe formalne wnioskowanie o wsteczne objęcie ubezpieczeniem dobrowolnym z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. Dobrze też interpretowała informacje o nadpłacie na koncie składkowym i z dalszymi wnioskami czekała do czasu zredukowania tej nadpłaty przez pokrycie z niej kolejnych składek. Po uzyskaniu prawomocnego wyroku Sądu i w związku z brakiem tytułu do ubezpieczeń w postaci umowy o pracę od 19.01.2018, jedynym obowiązkowym tytułem do ubezpieczeń społecznych w okresie od 19.01.2018 do 30.04.2018 istotnie stała się działalność gospodarcza, co pociągnęło za sobą konieczność kolejnego rozliczenia konta. Ubezpieczona od 1.05.2018 dokonała zgłoszenia z działalności gospodarczej utrzymując wówczas wersję, że jest zatrudniona, ale w niepełnym wymiarze czasu pracy. Następnie w dniu 14.06.2019 złożyła w Inspektoracie druk (...) ze zgłoszeniem korekty okresów podlegania ubezpieczeniom społecznym i zdrowotnemu z działalności wskazując okresy od 19.01.2018 do 30.04.2018. Zgłoszenie dotyczyło obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, bez dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Wnioskowała też o sporządzenie z urzędu korekt dokumentów rozliczeniowych za okres od 01/2018 do 04/2018. W związku z tym, organ uporządkował konto przez zgłoszenie ubezpieczonej do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, bez dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego i sporządził korekty deklaracji za miesiące 02, 03 i 04/2018 r. Pismem z dnia 21.06.2019 r. Inspektorat poinformował również ubezpieczoną o stanie konta z wykazaną kwotą zadłużenia, tj. 11.583,87 plus odsetki na dzień 21.06.2019 r. Ubezpieczona uregulowała zaległe składki.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, ubezpieczona niewątpliwie miała też świadomość możliwości uznania przez ZUS tzw. dorozumianego kontynuowania/objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym przedsiębiorcy, który mimo nie złożenia stosownego wniosku reguluje terminowo wpłaty na poczet kolejnych składek chorobowych. Przedmiotowa sprawa nie obejmuje jednak takiej sytuacji, bowiem tytuł dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego odpadł ustawowo na skutek zawarcia umowy o pracę. Natomiast odpadnięcie podstawy obligatoryjnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu pozornego stosunku pracy w sytuacji, gdy uregulowane przez ubezpieczoną uprzednio składki

z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej zostały już zaliczone na poczet innych należności organu rentowego, stawiła ubezpieczoną w sytuacji konieczności złożenia na nowo wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, jednak wniosek ten nie mógł obejmować okresu sprzed złożenia wniosku i ubezpieczona miała tego świadomość, na co wskazują deklaracje korekt.

Należy podkreślić, że w orzecznictwie ugruntowane jest stanowisko, że ponowne objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami społecznymi, w tym chorobowym, wymaga złożenia nowego wniosku przez zainteresowanego. Wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym musi być wyraźny, jednoznaczny. Natomiast samo opłacanie składek na dobrowolne ubezpieczenie społeczne, po ustaniu z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia, nie powoduje trwania ochrony ubezpieczeniowej z wygasłego stosunku ubezpieczenia społecznego (por. wyrok SA w Poznaniu z 30 października 2012 r., III AUa 234/12, LEX nr 1237547; wyrok SA w Łodzi z 19 września 2013 r., III AUa 1626/12, LEX nr 1416036; wyrok SA w Gdańsku z 8 sierpnia 2013 r., III AUa 2186/12, LEX nr 1356504; wyrok SA w Lublinie z 10 stycznia 2013 r., III AUa 895/12, LEX nr 1254426). Dlatego też ubezpieczona prawidłowo wniosła o objęcie ubezpieczeniem chorobowym z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej dopiero od maja 2018 r., a nie od początku analizowanego okresu. Wobec tego niesłuszne okazało się podstawowe założenie Sądu Okręgowego, że skoro wobec nieskutecznej próby uzyskiwania świadczeń w okresie ciąży i macierzyństwa z dwóch tytułów: umowy o pracę i działalności gospodarczej, i ostatecznie pozostawienia jedyne tytułem, oczywiste było objęcie ubezpieczoną dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym w okresie wstecznym, tylko dlatego, że zapłaciła składki na poczet tego ubezpieczenia.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. zmienił zaskarżony wyrok i oddalił odwołanie oraz zasądził od ubezpieczonej jako przegrywającej spór na rzecz organu rentowego zwrot kosztów procesu za obie instancje według stawek minimalnych, zgodnie z art. 98 k.p.c. w związku z §9 ust. 2 i §10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radcowskie

Beata Górską Jolanta Hawryszko Barbara Białecka