



Sygn. akt III UK 268/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 3 października 2019 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Bohdan Bieniek (przewodniczący)

SSN Maciej Pacuda (sprawozdawca)

SSN Piotr Prusinowski

w sprawie z odwołania M. J.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w O.

o dobrowolne ubezpieczenie chorobowe,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń
Społecznych w dniu 3 października 2019 r.,

skargi kasacyjnej organu rentowego od wyroku Sądu Apelacyjnego w (...)
z dnia 21 lutego 2018 r., sygn. akt III AUa (...),

1) oddala skargę kasacyjną,

**2) zasądza od organu rentowego na rzecz odwołującej się
kwotę 240 (dwieście czterdzieści) złotych tytułem kosztów
pomocy prawnej w postępowaniu kasacyjnym.**

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O. decyzją z dnia 20 września 2016 r. ustalił dla ubezpieczonej M. J. okresy podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności

gospodarczej oraz okresy niepodlegania temu ubezpieczeniu m.in. od dnia 25 maja 2016 r. do dnia 27 czerwca 2016 r.

Sąd Okręgowy – Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w O. wyrokiem z dnia 5 lipca 2017 r. oddalił odwołanie wniesione przez ubezpieczoną od wyżej opisanej decyzji organu rentowego.

Sąd Okręgowy ustalił, że ubezpieczona prowadzi od dnia 16 lutego 2015 r. pozarolniczą działalność gospodarczą pod nazwą „PHU M. J.” i od tej daty podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu. W okresie od dnia 27 maja 2015 r. do dnia 24 maja 2016 r. ubezpieczona pobierała zasiłek macierzyński. W dniu 25 maja 2016 r., tj. następnego dnia po zakończeniu zasiłku macierzyńskiego, złożyła ona wniosek o wypłatę zasiłku chorobowego od dnia 25 maja 2016 r. W dniu 3 czerwca 2016 r. złożyła z kolei deklarację rozliczeniową za maj 2016 r., wykazując w niej „0” jako podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia, w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Następnie w dniu 28 czerwca 2016 r. dokonała korekty dokumentów rozliczeniowych z podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne w kwocie 1.761,19 zł i w tym samym dniu opłaciła składki. Również w dniu 28 czerwca 2016 r. wystąpiła z wnioskiem o wyrażenie zgody na opłacenie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za maj 2016 r. po terminie. Organ rentowy pozostawił jednak ten wniosek bez rozpoznania, wskazując na treść art. 14 ust. 1 i 1a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (dalej jako ustawa systemowa). Na wniosek ubezpieczonej Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O. w dniu 20 września 2016 r. wydał zaś decyzję, w której stwierdził, że podlega ona dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą od dnia 1 kwietnia 2015 r. do dnia 26 maja 2016 r. i od dnia 28 czerwca 2016 r. oraz że nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 16 lutego 2015 r. do dnia 31 marca 2015 r. i od dnia 25 maja 2016 r. do dnia 27 czerwca 2016 r.

Powołując się na tak ustalony stan faktyczny sprawy, Sąd Okręgowy uznał, że odwołanie ubezpieczonej nie było zasadne. Sąd ten stwierdził bowiem, że błędne było stanowisko ubezpieczonej, zgodnie z którym jako osoba ubezpieczona z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej bez przerwy nie miała ona obowiązku ponownego zgłoszenia się do ubezpieczenia chorobowego po okresie

pobierania zasiłku macierzyńskiego, gdyż to ubezpieczenie trwało w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego i nie było podstaw, by uznać, że od dnia następnego takie dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustało wskutek niedopełnienia formalności związanych z ponownym zarejestrowaniem. Sąd pierwszej instancji powołał się w tym względzie na przepisy art. 11, art. 9 ust. 1c i art. 14 ust. 1 i 2 ustawy systemowej i podkreślił, że do powstania stosunku prawnego dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego niezbędny jest wniosek ubezpieczonego, a wywołuje on skutek od dnia w nim wskazanego, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony. Sąd Okręgowy zaznaczył także, że wbrew zarzutom ubezpieczonej, organ rentowy nie tylko nie ma obowiązku, ale i prawa przypominać ubezpieczonemu o potrzebie złożenia wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem, a nadto nie jest możliwe przystąpienie do tego ubezpieczenia w inny sposób, np. jedynie przez opłacenie składek. Sąd pierwszej instancji zwrócił również uwagę, że ustawodawca nie wskazał przesłanek do innego traktowania sytuacji, w której zgłoszenie jest dokonywane po raz pierwszy i takiej, kiedy istniejące wcześniej ubezpieczenie chorobowe ustało, m.in. od dnia ustania tytułu podlegania ubezpieczeniom.

Uwzględniając powyższe rozważania, Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, że ubezpieczona, nie będąc w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego objęta ubezpieczeniem z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności, nie była też objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. W związku z tym prawidłowo została ponownie objęta obowiązkowym ubezpieczeniem emerytalno-rentowym z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej i dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 28 czerwca 2016 r., tj. od dnia złożenia wniosku.

Sąd Okręgowy podkreślił również, że ustawodawca przewidział instytucję przywrócenia terminu do złożenia wniosku o wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie (art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej), ale jest to możliwe tylko wówczas, gdy ubezpieczony dokonał w terminie zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, lecz: 1. nie opłacił składek za dany miesiąc; 2. opłacił składkę w niepełnej wysokości; 3. opłacił składkę po ustawowym terminie płatności.

Jeśli jednak ubezpieczona w maju 2016 r. nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu, to organ rentowy zasadnie pozostawił jej wniosek bez rozpoznania.

Sąd Apelacyjny – Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w (...) wyrokiem z dnia 21 lutego 2018 r., wydanym na skutek apelacji wniesionej przez ubezpieczoną od wyroku Sądu pierwszej instancji, zmienił ten wyrok oraz poprzedzając go decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w O. z dnia 20 września 2016 r. i stwierdził, że ubezpieczona podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą w okresie od dnia 25 maja 2016 r. do dnia 27 czerwca 2016 r.

Sąd Apelacyjny wyjaśnił, że w świetle aktualnie obowiązujących przepisów, osoba pobierająca zasiłek macierzyński z tytułu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, kontynuująca wykonywanie pozarolniczej działalności, w związku z którą nabyła prawo do zasiłku, podlega ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym tylko z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego. Podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe osób pobierających zasiłek macierzyński stanowi zaś kwota tego zasiłku. Z tytułu prowadzonej działalności obowiązkowe jest wtedy tylko ubezpieczenie zdrowotne. Po nabyciu prawa do zasiłku macierzyńskiego zmienia się bowiem tzw. schemat podlegania ubezpieczeniom społecznym. W konsekwencji osoba prowadząca działalność, która nabyła z tego tytułu prawo do zasiłku macierzyńskiego, powinna wyrejestrować się z obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, w tym z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego oraz z obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego na formularzu ZUS ZWUA, a następnie zgłosić się tylko ubezpieczenia zdrowotnego na formularzu ZUS ZZA. Po zakończeniu pobierania zasiłku powinna natomiast ponownie wyrejestrować się z ubezpieczenia zdrowotnego na druku ZUS ZWUA, a następnie zgłosić się do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego na druku ZUS ZUA. Osoba taka może zostać objęta także dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, jeżeli złoży wniosek o objęcie tym ubezpieczeniem. Termin na zgłoszenie to 7 dni od zakończenia pobierania zasiłku macierzyńskiego.

Z powyższego wynika zatem, że ubezpieczona w okresie, w którym podlegała ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu z tytułu pobierania zasiłku

macierzyńskiego, nie legitymowała się żadnym tytułem umożliwiającym jej podleganie ubezpieczeniu chorobowemu. Okres ten był czasem, w którym ubezpieczona nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z jedyne go możliwego tytułu, tj. z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności. Jednocześnie taka przerwa w ubezpieczeniu chorobowym spowodowała jego formalne ustanie także z uwagi na brzmienie art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy (brak opłacenia składki na to ubezpieczenie). Objęcie ubezpieczonej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym po ustaniu tytułu korzystającego z ustawowego pierwszeństwa obowiązkowego ubezpieczenia emerytalnego i rentowego, to jest pobierania zasiłku macierzyńskiego, następuje z kolei w sposób uregulowany przez ustawodawcę w art. 14 ust. 1 ustawy, czyli od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tym ubezpieczeniem, ale nie wcześniej niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego istotne jest jeszcze to, że co do zasady nie można przywrócić terminu do czynności prawnej, która zależy w całości od inicjatywy samej strony. Chodzi tu o dobrowolne zgłoszenie się do ubezpieczenia chorobowego w związku z prowadzeniem działalności gospodarczej. Upływ specyficznego, siedmiodniowego terminu z art. 36 ust. 4 ustawy systemowej nie powoduje wprowadzie definitywnego wygaśnięcia uprawnienia do dokonania czynności prawnej - zgłoszenia do ubezpieczeń - ale ma ten skutek, że kolejne zgłoszenie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego nastąpi najwcześniej od dnia tego kolejnego wniosku, ale nie wcześniej - art. 14 ust. 1 w związku z ust. 1a w związku z art. 36 ust. 3 i 4 powołanej ustawy. Czym innym jest natomiast przywrócenie terminu do opłacenia składki na to ubezpieczenie. Nawet samo opłacanie składek na dobrowolne ubezpieczenie społeczne nie jest zaś tożsame ze złożeniem wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym i w konsekwencji nie powoduje powstania ochrony ubezpieczeniowej. Z tych przyczyn ubezpieczona nie mogła więc domagać się przywrócenia terminu do złożenia wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, bowiem jest to termin prawa materialnego, a art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej nie ma zastosowania w jej sytuacji.

Jednakże Sąd Apelacyjny stanął na stanowisku, że w okolicznościach faktycznych rozpoznawanej sprawy, jak to wynikało ze zgromadzonego przez Sąd pierwszej instancji materiału dowodowego, a w szczególności z zeznań świadków - pracowników ZUS-u oraz samej ubezpieczonej i jej partnera L.Ł., doszło do wystąpienia szeregu szczególnie istotnych zdarzeń, które w konsekwencji doprowadziły do wydania dla niej negatywnej decyzji. Z dowodów tych wynikało bowiem jednoznacznie, że bezpośrednio po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego, tj. w dniu 25 maja 2016 r., ubezpieczona zgłosiła się do Oddziału ZUS-u celem złożenia zwolnienia lekarskiego związanego z rozpoznaniem cukrzycy ciężowej. Została wówczas poinformowana wyłącznie o konieczności złożenia druku Z3b, a zatem dotyczącego ustalenia zasiłku chorobowego dla osoby objętej ubezpieczeniami społecznymi m.in. z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. Wypełniony na miejscu druk został przekazany do odpowiedniego wydziału. Żaden z pracowników organu rentowego nie poinformował natomiast ubezpieczonej o kolejności działań, jakie powinna podjąć w celu ponownego zarejestrowania się do ubezpieczeń i zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego po zakończeniu zasiłku macierzyńskiego, mimo że znano jej sytuację i jasno wyrażony przez nią zamiar kontynuowania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą. Co więcej, informacje udzielone wówczas ubezpieczonej i podjęte przez nią, z pomocą pracowników ZUS-u, działania (wypełnienie druku Z3b) utwierdziły ubezpieczoną w przekonaniu, że dochowała należytej staranności w zakresie istotnym dla niej interesów. Również kolejne działania, jakie przedsięwzięła ona po otrzymaniu odmownej decyzji dotyczącej wypłaty zasiłku chorobowego, były skutkiem błędnych informacji otrzymanych od pracowników ZUS-u. Ubezpieczona, składając w dniu 28 czerwca 2016 r. wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe oraz uiszczając jednocześnie zaległe składki, a więc działając zgodnie z sugestią osób, które w jej ocenie mają największe rozeznanie w kwestiach dotyczących ubezpieczeń, była przekonana o prawidłowości podjętych w tym zakresie czynności.

Z tych przyczyn Sąd Apelacyjny uznał, że nie można w tej konkretnej sprawie działać ze zbytnim rygoryzmem i błędnych oraz sprzecznych informacji

udzielanych ubezpieczonej przez pracowników ZUS-u interpretować na jej niekorzyść. Tym bardziej, że organ rentowy przyjął opłacone przez nią składki za sporny okres, mimo że wyszedł z założenia, że w tym czasie nie podlegała ona dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Organ rentowy wniósł do Sądu Najwyższego skargę kasacyjną od wyroku Sądu Apelacyjnego w (...) z dnia 21 lutego 2018 r., zaskarżając ten wyrok w całości i zarzucając mu naruszenie przepisów prawa materialnego, to jest:

(-) art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, przez jego błędną wykładnię oraz niewłaściwe zastosowanie, wyrażające się mylnym pojmowaniem treści tego przepisu przez Sąd drugiej instancji i nadaniem temu przepisowi znaczenia sprzecznego z intencją ustawodawcy, co w konsekwencji doprowadziło do nieprawidłowego przyjęcia tego przepisu za podstawę rozstrzygnięcia w stanie faktycznym niniejszej sprawy, do którego wymieniony przepis nie może mieć zastosowania;

(-) art. 14 ust. 1 i 1 a ustawy systemowej, przez ich niezastosowanie w sytuacji, gdy przepisy te winny stanowić w stanie faktycznym niniejszej sprawy wyłączną podstawę rozstrzygnięcia.

Powołując się na tak sformułowane zarzuty kasacyjne, skarżący wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości oraz orzeczenie co do istoty sprawy, przez oddalenie apelacji ubezpieczonej i o zasądzenie od ubezpieczonej na rzecz skarżącego zwrotu kosztów zastępstwa procesowego za postępowanie kasacyjne według norm przepisanych.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Rozpoznawana w niniejszym postępowaniu skarga kasacyjna nie jest uzasadniona, ponieważ rozstrzygnięcie zawarte w zaskarżonym wyroku należy uznać za prawidłowe, mimo błędnie określonej tam podstawy prawnej ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

Wstępnie Sąd Najwyższy przypomina, że jak wynika z ustalonego w niniejszej sprawie stanu faktycznego, mającego wiążący charakter w postępowaniu kasacyjnym (art. 398¹³ § 2 k.p.c.), ubezpieczona podlegała ubezpieczeniom

społecznym, w tym dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. W okresie od dnia 27 maja 2015 r. do dnia 24 maja 2016 r. pobierała zaś zasiłek macierzyński w związku z urodzeniem dziecka. Następnie w dniu 25 maja 2016 r. udała się do Oddziału ZUS, aby złożyć zwolnienie lekarskie potwierdzające jej niezdolność do pracy już w tym dniu oraz w kolejnych dniach i uzyskać informację, jakie działania powinna podjąć w celu otrzymania zasiłku chorobowego w związku z tą niezdolnością do pracy. Została wówczas poinformowana wyłącznie o konieczności złożenia w organie rentowym druku Z3b dotyczącego ustalenia zasiłku chorobowego przysługującego osobie objętej ubezpieczeniami społecznymi. Jednak mimo złożenia tego dokumentu organ rentowy odmówił jej prawa do zasiłku chorobowego, stwierdzając, że nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od dnia 25 maja 2016 r. do dnia 27 czerwca 2016 r.

Uwzględniając tak ustalony stan faktyczny sprawy, Sąd Najwyższy jest zdania, że dla jego prawidłowej oceny prawnej niezbędne jest rozstrzygnięcie co najmniej dwóch istotnych problemów. Po pierwsze, chodzi o określenie statusu prawnego ubezpieczonej w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego oraz bezpośrednio po zakończeniu tego okresu. Po drugie, wskazanie, czy i jakie działania powinna podjąć ubezpieczona w celu objęcia jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności i uzyskania w związku z tym prawa do zasiłku chorobowego w okresie bezpośrednio następującym po zakończeniu okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego.

Rozstrzygając pierwszy z przedstawionych problemów, Sąd Najwyższy zauważa, że w jego orzecznictwie pojawiła się rozbieżność poglądów co do następstw prawnych, jakie dla osoby prowadzącej pozarolniczą działalność, objętej dobrowolnie – na swój wniosek – ubezpieczeniem chorobowym, wynikają z pobierania przez tę osobę zasiłku macierzyńskiego. Według jednego ze stanowisk, wyrażonego w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 7 grudnia 2016 r., II UK 478/15 (OSNP 2018 nr 2, poz. 22; OSP 2018 nr 4, poz. 40 z glosą częściowo krytyczną R. Babińskiej-Góreckiej) oraz w uzasadnieniu uchwały z dnia 25 października 2018 r., III UZP 8/18 (LEX nr 2558420), z chwilą nabycia prawa do zasiłku macierzyńskiego dobrowolne ubezpieczenie chorobowe osoby prowadzącej

pozarolniczą działalność ustaje i nie istnieje możliwość przystąpienia do tego ubezpieczenia ani w tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego, ani z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności, ponieważ takiego uprawnienia nie przewiduje art. 11 ust. 2 ustawy systemowej. Przystąpienie do ubezpieczenia chorobowego staje się zaś możliwe po wyczerpaniu zasiłku macierzyńskiego, w związku z przekształceniem się dobrowolnego ubezpieczenia emerytalnego i rentowego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności w ubezpieczenie obowiązkowe. Zgodnie z drugim stanowiskiem orzecznictwem, wyrażonym w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 9 sierpnia 2018 r., II UK 213/17 (OSNP 2019 nr 3, poz. 38), ubezpieczenie chorobowe osoby prowadzącej pozarolniczą działalność nie kończy się natomiast z chwilą rozpoczęcia pobierania zasiłku macierzyńskiego, ale ustaje dopiero w momencie zaprzestania korzystania z tego świadczenia. Można twierdzić, że w takiej sytuacji, w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego następuje „swoiste zawieszenie” podlegania obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniom społecznym osób prowadzących pozarolniczą działalność na rzecz okresowego objęcia tych osób innym ustawowym tytułem ubezpieczeniowym, jakim staje się pobierania zasiłku macierzyńskiego albo zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego. Poglądowi temu towarzyszy również założenie, zgodnie z którym po upływie okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego „przejściowe” podleganie ubezpieczeniom społecznym z tego tytułu kończy się (art. 13 pkt 13 *in fine* ustawy systemowej), co wymaga złożenia przez osobę zainteresowaną wniosku o ponowne objęcie jej adekwatnym tytułem podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w terminie przez nią wybranym (art. 36 ust. 5 ustawy systemowej). Pośrednio opisane zapatrywanie zostało podtrzymane w uzasadnieniu uchwały Sądu Najwyższego z dnia 4 października 2018 r., III UZP 6/18 (OSNP 2019 nr 2, poz. 18). Z kolei według trzeciego stanowiska, wyrażonego w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 13 lutego 2018 r., II UK 698/16 (OSNP 2018 nr 10, poz. 139), podtrzymanego następnie w wyroku z dnia 17 kwietnia 2018 r., I UK 73/17 (LEX nr 2540111), dobrowolne ubezpieczenie chorobowe osoby prowadzącej pozarolniczą działalność, zainicjowane wnioskiem złożonym przed rozpoczęciem pobierania zasiłku macierzyńskiego, nie ustaje ani z chwilą rozpoczęcia, ani zakończenia pobierania zasiłku macierzyńskiego, ale trwa w sposób nieprzerwany tak długo aż

nie wystąpi którakolwiek z okoliczności wskazanych enumeratywnie w art. 14 ust. 2 ustawy systemowej.

Wymaga jednak podkreślenia, że przedstawione wyżej rozbieżności zostały rozstrzygnięte w uchwale składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 11 lipca 2019 r., III UZP 2/19 (LEX nr 2694497), w której przyjęto, że rozpoczęcie pobierania zasiłku macierzyńskiego przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność, która uprzednio została objęta dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym powoduje ustanie ubezpieczenia chorobowego (art. 9 ust. 1c w związku z art. 14 ust. 2 pkt 3 w związku z art. 11 ust. 2 ustawy systemowej). Tym samym Sąd Najwyższy w powiększonym składzie opowiedział się za prawidłowością pierwszego z opisanych wcześniej poglądów. Równocześnie Sąd ten wyjaśnił między innymi, że spełnienie przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność warunków do objęcia jej obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego prowadzi do objęcia jej tym ubezpieczeniem, przy czym możliwe jest kontynuowanie ubezpieczenia emerytalnego i rentowego z tytułu tej działalności, ale tylko jako ubezpieczenia dobrowolnego. Ustawodawca – wyszczególniając w art. 11 ustawy systemowej osoby, które podlegają ubezpieczeniu chorobowemu – nie przewidział jednak możliwości podlegania temu ubezpieczeniu w odniesieniu do osób podlegających dobrowolnym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz w związku z pobieraniem zasiłku macierzyńskiego albo zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego. To oznacza, że w sytuacji określonej w art. 9 ust. 1c ustawy systemowej z mocy prawa ustaje tytuł podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, ponieważ nie jest możliwe wówczas podleganie z tytułu prowadzonej działalności pozarolniczej obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym.

Sąd Najwyższy w obecnym składzie w pełni aprobuje stanowisko zajęte w omówionej uchwale powiększonego składu z dnia 11 lipca 2019 r., III UZP 2/19. Zauważa też, że takie właśnie stanowisko co do zasady przyjął również Sąd drugiej instancji w ramach dokonywanej przez siebie oceny prawnej ustalonego w niniejszej sprawie stanu faktycznego, błędnie uznając jedynie, że podstawę prawną ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego osoby podlegającej temu

ubezpieczeniu z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności w okresie pobierania przez nią zasiłku macierzyńskiego stanowi art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej (wskutek nieopłacania składek na to ubezpieczenie), a nie art. 14 ust. 2 pkt 3 tej ustawy (z powodu ustania tytułu podlegania temu ubezpieczeniu), jak przyjął Sąd Najwyższy w powołanej wcześniej uchwale z dnia 11 lipca 2019 r., III UZP 2/19. Błąd ten, zdaniem Sądu Najwyższego, pozostaje jednak bez jakiegokolwiek wpływu na ocenę zasadności rozpatrywanej skargi kasacyjnej. Istotne jest bowiem to, że punktem wyjścia dla dalszych rozważań Sądu drugiej instancji było w pełni prawidłowe założenie, zgodnie z którym pobieranie przez ubezpieczoną zasiłku macierzyńskiego powodowało ustanie podlegania przez nią dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. W kontekście regulacji art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej Sąd Apelacyjny rozważał zaś jedynie ewentualny wpływ podjętych przez ubezpieczoną starań o „przywrócenie terminu” do opłacenia składki na to ubezpieczenie, przewidziane w końcowej części tego przepisu, na ponowne objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, wyraźnie stwierdzając wszakże, że wymieniony przepis nie miał zastosowania w sytuacji, w której znalazła się ubezpieczona.

O ile zatem ma rację skarżący, zarzucając zaskarżonemu wyrokowi niewłaściwe zastosowanie (ale już nie błędną wykładnię) art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, przez przyjęcie, że stanowi on podstawę prawną ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego, o tyle nie można zgodzić się z wyartykułowaną w opisie tego zarzutu tezą, że błędne zastosowanie powołanego przepisu doprowadziło do nieprawidłowego przyjęcia go za podstawę rozstrzygnięcia. Przepis ten nie stanowił bowiem podstawy prawnej zaskarżonego wyroku, gdyż właściwą podstawą prawną zaskarżonego wyroku wyraźnie przyjętą przez Sąd drugiej instancji był art. 14 ust. 1 i 1a (w związku z art. 36 ust. 3 i 4) ustawy systemowej, co do których skarżący w sposób niezrozumiały dla Sądu Najwyższego zarzuca ich naruszenie, przez „niezastosowanie” w sprawie.

Należy więc rozważyć, czy przepisy te zostały właściwie zastosowane w stanie faktycznym niniejszej sprawy.

W tym zakresie Sąd Najwyższy wstępnie przypomina, że stosownie do art. 11 ust. 2 w związku z art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy systemowej, osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą, objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, podlegają ubezpieczeniu chorobowemu jedynie dobrowolnie, na swój wniosek. W myśl art. 36 ust. 3 powołanej ustawy, obowiązek zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy systemowej, należy do tych osób. Zgodnie z art. 36 ust. 5 ustawy, osoby, które są obejmowane ubezpieczeniami społecznymi na zasadach dobrowolności, zgłaszają wniosek o objęcie ich ubezpieczeniem w terminie przez siebie wybranym, z tym że objęcie ich tymi ubezpieczeniami następuje od dnia wskazanego we wniosku, jednakże nie wcześniej niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony (art. 14 ust. 1 ustawy). Wyjątek od tej zasady zawiera art. 14 ust. 1a, na podstawie którego 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, to znaczy w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia. Dobrowolne ubezpieczenie ustaje z kolei w okolicznościach wymienionych w art. 14 ust. 2 ustawy, to jest: 1) od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony; 2) od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie - w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących, duchownych oraz osób wymienionych w art. 7, przy czym 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.

Dokonując wykładni powołanych wyżej przepisów, Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00 (OSNP 2003 nr 10, poz. 257), wydanym w stanie faktycznym, w którym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonego ustało z mocy prawa wskutek niedotrzymania ustawowego terminu zapłaty należnych składek na ten rodzaj ubezpieczenia, wyjaśnił, że ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym wymaga złożenia w tym

zakresie ponownego wniosku przez zainteresowanego. 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 dnia 29 marca 2012 r., 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 (art. 11 ust. 2 i art. 36 ust. 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych).

Wypada również dodać, iż w orzecznictwie Sądu Najwyższego już wcześniej przyjmowano (tak np. w wyroku z dnia 22 lipca 2009 r., I UK 70/09, LEX nr 529763, dotyczącym ubezpieczenia społecznego rolników), że samo faktyczne opłacanie składek na ubezpieczenie społeczne nie jest wystarczające do objęcia tym ubezpieczeniem. Także w wyroku z dnia 28 listopada 2002 r., II UK 93/02 (LEX nr 577471), Sąd Najwyższy wyraził pogląd, że sam fakt opłacania składek na ubezpieczenie społeczne przez osobę wyłączonej z możliwości objęcia tym ubezpieczeniem nie może rodzić skutków prawnych odmiennych od wyrażnej regulacji ustawowej. Realizacja zasady demokratycznego państwa prawnego (art. 2 Konstytucji RP) polega między innymi na tym, aby osoba nieuprawniona nie otrzymała świadczenia jej nienależnego; zakres i formy zabezpieczenia społecznego określa ustawa (art. 67 ust. 1 zdanie drugie Konstytucji). Również w wyrokach z dnia 6 września 2012 r., II UK 36/12 (LEX nr 1218196) i z dnia 26 listopada 2014 r., II UK 56/14 (OSNP 2016 nr 6, poz. 75), Sąd Najwyższy przyjmował, że co do zasady, ubezpieczenie społeczne powstaje nie wcześniej niż z chwilą zgłoszenia wniosku, a wyjątek może stanowić jedynie równoczesne objęcie obowiązkiem ubezpieczeń społecznych emerytalnego i rentowych. Stanowisko judykatury w omawianym zakresie jest więc ugruntowane.

Podzielając w pełni przedstawione wyżej poglądy judykatury oraz odnosząc je do okoliczności faktycznych rozpoznawanej sprawy, Sąd Najwyższy w obecnym składzie uznaje zatem, że objęcie ubezpieczonej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym wymagało złożenia przez nią stosownego wniosku, który potwierdziłby zamiar ponownego przystąpienia do tego ubezpieczenia.

Sąd Najwyższy w obecnym składzie zauważa równocześnie, że w orzecznictwie sądowym pojawiają się wprawdzie poglądy, w myśl których złożenie wniosku o objęcie ubezpieczeniem społecznym nie jest warunkiem nawiązania stosunku ubezpieczenia społecznego, jeżeli wola podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej została ujawniona w sposób wyraźny (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 3 lutego 1989 r., II URN 299/99, niepublikowany i z dnia 16 sierpnia 2005 r., I UK 376/04, OSNP 2006 nr 11-

12, poz. 195, OSP 2007 nr 7-8, poz. 95, z glosą I. Sierockiej oraz wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 3 listopada 2000 r., III AUa 774/00, OSA 2001 nr 2, poz. 5), jednakże uznaje, że nie są one przekonujące, jeśli zważyć, że 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 (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 9 lipca 2015 r. I UK 376/14, OSNP 2017 nr 6, poz. 72 oraz z dnia 19 kwietnia 2018 r., I UK 90/17, LEX nr 2553859). Należy zauważyć, że pogląd o konieczności ponownego zgłoszenia wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym przez osoby prowadzące pozarolniczą działalność, w stosunku do których ubezpieczenie to ustało w związku z pobieraniem zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego potwierdził także Sąd Najwyższy w uzasadnieniu omawianej wcześniej uchwały powiększonego składu z dnia 11 lipca 2019 r., III UZP 2/19.

Co jednak szczególnie istotne dla oceny trafności kasacyjnego zarzutu naruszenia art. 14 ust. 1 i 1a ustawy systemowej, Sąd Najwyższy w uzasadnieniu uchwały z dnia 11 lipca 2019 r., III UZP 2/19, wyraźnie zaakcentował, że w związku z tym, że do utraty tytułu do podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu dochodzi z mocy prawa na skutek rozstrzygnięcia zbiegu tytułów objęcia ubezpieczeniem społecznym, obowiązkiem organu rentowego wynikającym z art. 8 i 9 k.p.a. jest pouczenie osoby prowadzącej pozarolniczą działalność, że z chwilą objęcia jej obowiązkowym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowymi z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego jej dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje, a ponowne objęcie tym dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym w związku z prowadzoną pozarolniczą działalnością może nastąpić po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego, co wymaga jednak złożenia stosownego wniosku (art. 11 ust. 2, art. 14 ust. 2 pkt 3 i art. 36 ust. 3 i 5 ustawy systemowej). Uzupełniając ten wywód, Sąd Najwyższy w obecnym składzie zauważa, że spoczywający na organie rentowym obowiązek szczegółowego pouczenia ubezpieczonych znajdujących się w opisanej wyżej sytuacji musi wynikać również z niedoskonałości legislacyjnej przepisów regulujących tę sytuację, które są tak duże,

że spowodowały nawet rozbieżność w ich wykładni dokonywanej przez Sąd Najwyższy, co wymagało podjęcia uchwały przez skład powiększony.

Uwzględniając powyższe rozważania i odnosząc je do bardzo specyficznych okoliczności faktycznych niniejszej sprawy, należy więc przyznać słuszność argumentom przedstawionym przez Sąd drugiej instancji oraz przyjąć, że w odniesieniu do ubezpieczonej doszło bez wątpienia do niedopełnienia przez ZUS obowiązków informacyjnych. Jeśli bowiem ubezpieczona już w pierwszym dniu po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego stawiała się osobiście w siedzibie organu rentowego i wyraźnie wyartykułowała cel swojego przybycia (otrzymanie zasiłku chorobowego za okres od dnia 25 maja 2016 r.), to obowiązkiem pracowników ZUS było pouczenie jej o tym, że najpierw powinna zgłosić się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, a dopiero potem złożyć stosowny wniosek o wypłatę zasiłku chorobowego. Takiego pouczenia jednakże nie uzyskała, mimo że dochowała należytej staranności w zakresie dbałości o swoje interesy dotyczące ubezpieczeń społecznych. Co więcej, również późniejsze działania podjęte przez ubezpieczoną były jedynie efektem błędnych pouczeń ze strony pracowników ZUS. Wskazywały one jednak w sposób jednoznaczny na zamiar ubezpieczonej dotyczący objęcia jej ochroną ubezpieczeniową na wypadek ryzyka zachorowania. W tym miejscu wymaga podkreślenia, że podobne stanowisko zajął Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 9 sierpnia 2018 r., II UK 213/17 (OSNP 2019 nr 3, poz. 38), wydanym w zbliżonym stanie faktycznym i analogicznym stanie prawnym, wyrażając przy tym pogląd, że „błędne pouczenie lub błędne zapewnienie organu rentowego o dopełnieniu formalności wymaganych do podlegania ubezpieczeniu chorobowemu po okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego przez osobę podlegającą ubezpieczeniu z tytułu pozarolniczej działalności należało co najmniej uznać za uzasadniony przypadek wymagający wyrażenia zgody przez organ rentowy na złożenie wniosku o ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym w terminie wskazanym przez skarżącą oraz na opłacenie składek na to ubezpieczenie po potencjalnie uchybionym, tyle że z winy tego organu, terminie na złożenie wniosku o ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, który mogłaby ona wybrać (art. 11 ust. 2 i art. 14 ust. 2 pkt *in fine* w związku z art. 36 ust. 3 i 5 ustawy systemowej)”.(...) „Na jurysdykcyjną tolerancję

nie zasługiwały zatem błędy organu ubezpieczeń społecznych, które mogły wywołać niekonstytucyjny i nielegalny skutek prawny w postaci pozbawienia skarżącej uprawnień należnych jej z przebiegu stosunku ubezpieczenia chorobowego, który nie został ponownie zainicjowany (reaktywowany) we właściwym (wybranym przez skarżącą) terminie z wyłącznej winy organu rentowego wskutek ujawnionych dezinformacji z jego strony”.

Sąd Najwyższy uznaje więc, że wynikające z niedopełnienia ciążącego na organie rentowym obowiązku informacyjnego błędne pouczenie co do podlegania ubezpieczeniu chorobowemu przez osobę ubezpieczoną z tytułu pozarolniczej działalności po zakończeniu okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego i po ustaniu tytułu podlegania ubezpieczeniom społecznym w związku z pobieraniem takiego zasiłku powoduje, że działania formalne podjęte przez taką osobę w terminie określonym w art. 14 ust. 1 lub ust. 1a ustawy systemowej, w celu zachowania prawa do świadczeń zasiłkowych z ubezpieczenia chorobowego, powinny być traktowane jako faktyczne (i skuteczne) złożenie wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym dokonane w tych terminach.

Kierując się przedstawionymi motywami oraz opierając się na treści art. 398¹⁴ k.p.c., a w odniesieniu do kosztów postępowania kasacyjnego na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w związku z art. 99 k.p.c. oraz § 10 ust. 4 w związku z § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych, Sąd Najwyższy orzekł jak w sentencji swojego wyroku.