

Sygn. akt III AUa 520/17

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 października 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku - III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Jerzy Andrzejewski
Sędziowie:	SSA Małgorzata Gerszewska SSA Alicja Podlewska (spr.)
Protokolant:	sekr.sądowy Sylwia Gruba

po rozpoznaniu w dniu 19 października 2017 r. w Gdańsku

sprawy N. R.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G.

o dobrowolne ubezpieczenie chorobowe

na skutek apelacji N. R.

od wyroku Sądu Okręgowego w Gdańsku VII Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 24 stycznia 2017 r., sygn. akt VII U 1552/16

I. zmienia zaskarżony wyrok i poprzedzającą go decyzję oraz stwierdza, iż N. R. podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu pozarolniczej działalności gospodarczej także w okresie od dnia 15 lutego 2016r. do 29 lutego 2016r.;

II. zasądza od pozwanego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. na rzecz N. R. kwotę 540 zł (pięćset czterdzieści 00/100) tytułem zwrotu kosztów procesu za obie instancje.

SSA Małgorzata Gerszewska SSA Jerzy Andrzejewski SSA Alicja Podlewska

Sygn. akt III AUa 520/17

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 29 lipca 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. stwierdził, że ubezpieczona N. R. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, nie mająca ustalonego prawa do renty tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż

60% kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu w okresach od dnia 11 marca 2014 r. do dnia 14 lutego 2016 r. oraz od dnia 1 marca 2016 r. do dnia 31 marca 2016 r.

W odwołaniu od powyższej decyzji ubezpieczona N. R. domagała się jej zmiany poprzez ustalenie, że dobrowolne ubezpieczenie nie ustało dnia 14 lutego 2016 r. Podniosła, iż w deklaracji rozliczeniowej za luty 2016 roku składki na ubezpieczenia społeczne zostały proporcjonalnie obliczone od podstawy wymiaru w kwocie 2.344 zł od dnia 16 lutego 2016 r., bowiem pomyłkowo podała księgowej, że ma zwolnienie lekarskie do dnia 15 lutego 2016 r. oraz zapomniała poinformować księgową, iż na dzień 15 lutego 2016 r. miała odmowę ZUS z powodu przekroczenia 182 dni. Po odmowie wypłaty zasiłku chorobowego od dnia 6 kwietnia 2016 r. księgowa została poinformowana o błędnej deklaracji i zaraz ją skorygowała. Listem poleconym została wysłana korekta oraz wniosek o przywrócenie terminu płatności, zaś różnicę w składkach dopłaciła.

W piśmie procesowym z dnia 5 listopada 2016 r. pełnomocnik ubezpieczonej wywodził, iż pozwany nie uwzględnił jej wyjaśnień w przedmiocie nieopłacenia składki w pełnej wysokości za luty 2016 roku. Podniosła, iż ze względu na stan psychiczny nie była w stanie należycie dbać o prowadzoną działalność. Nadto, w dniu przekazania do księgowej informacji o konieczności zapłaty składki nie miała świadomości wyczerpania okresu zasiłkowego i niemożności uzyskania tego świadczenia na dzień 15 lutego 2016 r. Dowiedziała się o tym dopiero w dniu otrzymania odmowy wypłaty zasiłku chorobowego, co nastąpiło długo po terminie zapłaty składki za luty 2016 r. Na potwierdzenie słuszności stanowiska w sprawie powołano wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 stycznia 2016 r., I UK 35/15 oraz wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 8 czerwca 2016 r., III AUa 148/16.

W odpowiedzi na odwołanie pozwany wniósł o jego oddalenie, podtrzymując stanowisko i argumentację zawarte w zaskarżonej decyzji oraz zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych.

Wyrokiem z dnia 24 stycznia 2017 r. Sąd Okręgowy w Gdańsku VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie (pkt 1 sentencji) oraz zasądził od wnioskodawczyni na rzecz pozwanego organu rentowego kwotę 360 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego (pkt 2 sentencji).

Sąd I instancji swoje orzeczenie oparł o następujące ustalenia faktyczne i rozważania prawne.

Ubezpieczona N. R. od dnia 11 marca 2014 r. prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą pod nazwą Usługi (...).

Od dnia 11 marca 2014 r. przystąpiła do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z ww. tytułu. Za marzec 2014 r. zadeklarowała podstawę wymiaru składek w kwocie 6.344,10 zł, za kwiecień 2014 roku, maj 2014 roku, czerwiec 2014 roku w maksymalnej wysokości, tj. w kwotach po 9.365 zł za każdy z tych miesięcy. W pozostałych miesiącach ubezpieczona deklarowała i opłacała składki od najniższej podstawy obowiązującej dla osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą.

W okresie od dnia 1 lipca 2014 r. do dnia 16 sierpnia 2014 r. ubezpieczona przebywała na zasiłku chorobowym, od dnia 17 sierpnia 2014 r. do dnia 16 sierpnia 2015 r. na zasiłku macierzyńskim oraz ponownie na zasiłku chorobowym od dnia 17 sierpnia 2015 r. do dnia 14 lutego 2016 r.

Sprawami związanymi z opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu działalności gospodarczej ubezpieczonej zajmowało się wyspecjalizowane biuro rachunkowe. Księgowa błędnie obliczyła wysokość składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe N. R. za luty 2016 roku. W dniu 14 marca 2016 r. opłaciła składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc luty 2016 roku, w niepełnej wysokości.

Ubezpieczona złożyła wniosek o wypłatę zasiłku chorobowego za okres od dnia 6 kwietnia 2016 r. do dnia 24 czerwca 2016 r., przy czym nie został on jej wypłacony z uwagi na ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

Dnia 13 czerwca 2016 r. ubezpieczona wniosła o wyrażenie zgody na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za luty 2016 roku. We wniosku podała, iż ma poważne kłopoty ze zdrowiem psychicznym i

nie pomyślała, by poinformować księgową o otrzymanej decyzji w sprawie zasiłku chorobowego za miesiąc luty 2016 roku. Do wniosku załączyła korektę deklaracji za luty 2016 roku wraz z potwierdzeniem dokonania przelewów.

Dnia 24 czerwca 2016 r. pozwany nie wyraził zgody na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Wskazał, iż N. R. nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od dnia 15 lutego 2016 r. do dnia 29 lutego 2016 r.

Dnia 6 lipca 2016 r. ubezpieczona wniosła o wydanie decyzji o okresach podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Decyzją z dnia 29 lipca 2016 r. pozwany stwierdził, że ubezpieczona N. R. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, nie mająca ustalonego prawa do renty tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu w okresach od dnia 11 marca 2014 r. do dnia 14 lutego 2016 r. oraz od dnia 1 marca 2016 r. do dnia 31 marca 2016 r.

Stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił na podstawie dokumentów zgromadzonych w aktach sprawy, w tym aktach ubezpieczeniowych. Sąd I instancji zważył, że dokumenty, które wziął pod uwagę przy ustalaniu stanu faktycznego sprawy nie były kwestionowane przez żadną ze stron co do ich prawdziwości, czy rzetelności, także i Sąd nie znalazł podstaw by nie dać im wiary. Dowód z dokumentów zgromadzonych w sprawie w zakresie w jakim posłużyły do ustalenia stanu faktycznego Sąd Okręgowy uznał za w pełni wiarygodny, gdyż dokumenty te nie budziły żadnych wątpliwości i nie były przez strony kwestionowane. Dowody w postaci dokumentów urzędowych Sąd I instancji ocenił na podstawie art. 244 § 1 k.p.c. ustalając, że skoro w toku procesu nie zostały skutecznie podważone, stanowią świadectwo tego, co zostało w nich urzędowo poświadczane. Dokumenty prywatne na podstawie art. 245 k.p.c. Powyższe dowody układają się, zdaniem Sądu, w spójną całość, wzajemnie się potwierdzając lub uzupełniając. Nie były też kwestionowane przez strony i Sąd dał im wiarę w całej rozciągłości.

Sąd Okręgowy dał wiarę zeznaniom N. R. przesłuchanej w charakterze strony w zakresie ustalonego stanu faktycznego, wskazując że jedynie w tym zakresie zgodne były z materiałem dowodowym uznanym przez Sąd za wiarygodny. Sąd I instancji nie dał wiary zeznaniom N. R. przesłuchanej w charakterze strony w zakresie twierdzeń, iż w lutym 2016 roku nie była w stanie zrobić czegokolwiek oraz że w lutym 2016 roku miała silną depresję. Zdaniem Sądu przedłożona przez ubezpieczoną kserokopia dokumentacji lekarskiej nie potwierdza podnoszonych przez nią okoliczności. Z kserokopii historii zdrowia i choroby Poradni Zdrowia Psychicznego wynika jednoznacznie, iż data pierwszego zarejestrowania ubezpieczonej w poradni to 5 kwietnia 2016 r. Kolejne wizyty to 6 maja 2016 r., 24 czerwca 2016 r., 22 lipca 2016 r., 23 sierpnia 2016 r. oraz 20 września 2016 r. Sąd I instancji stwierdził, że ubezpieczona nie wykazała, iż w lutym 2016 roku miała silną depresję, uniemożliwiającą jej wykonywanie działalności, w tym dbałość o uiszczanie składek na ubezpieczenia społeczne. Na wskazaną okoliczność ubezpieczona nie przedstawiła dokumentacji leczenia psychiatrycznego, natomiast przedłożona przez nią kserokopia historii zdrowia i choroby Poradni Zdrowia Psychicznego potwierdza jej leczenie, ale dopiero od dnia 5 kwietnia 2016 r. Sąd ten stwierdził, że w przypadku silnej depresji w lutym 2016 roku, uniemożliwiającej funkcjonowanie w życiu, załatwianie bieżących spraw, ubezpieczona, zgodnie z zasadami logiki i doświadczenia życiowego, nie zwlekałaby do kwietnia 2016 roku. Wobec tego Sąd I instancji nie uwzględnił przedłożonej dokumentacji.

Przystępując do merytorycznego rozpoznania sprawy Sąd Okręgowy wskazał, że zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, objęcie dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym, rentowymi i chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony, z zastrzeżeniem ust. 1a. 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, czyli w terminie siedmiu dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia (ust. 1a).

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 (ust. 2).

W orzecznictwie sądowym ugruntowana jest wykładnia art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, iż opóźnienie w opłaceniu składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, czy też opłacenie tej składki w niepełnej wysokości, powoduje ustanie ubezpieczenia.

W pojęciu „nieopłacenie w terminie składki” mieszczą się trzy sytuacje: nieopłacenie w terminie składki w ogóle za dany miesiąc, opłacenie składki w niepełnej wysokości oraz opłacenie składki z przekroczeniem terminu. Ubezpieczenie to wygasa nawet w sytuacji, gdy osoba zobowiązana nie ponosi winy za nieopłacenie składek.

Sąd Okręgowy wskazał, że w okolicznościach niniejszej sprawy ubezpieczona w dniu 14 marca 2016 r. opłaciła składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc luty 2016 roku – w terminie, jednakże w niepełnej wysokości. Wywodziła, iż miała poważne kłopoty ze zdrowiem psychicznym i nie pomyślała, by poinformować księgową o otrzymanej decyzji w sprawie zasiłku chorobowego za miesiąc luty 2016 roku. Natomiast księgową błędnie obliczyła wysokość składki na jej dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za luty 2016 roku.

Z przepisu art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych wynika, że w uzasadnionych przypadkach możliwe jest nieuwzględnienie przekroczenia terminu do opłacenia składki i uznanie, że mimo przekroczenia nie ustalo dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. W takim przypadku decydujące jest ustalenie przyczyn opóźnienia w opłaceniu składki i ocena, czy opóźnienie w opłaceniu tej składki stanowi „uzasadniony przypadek” w rozumieniu art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej.

W ocenie Sądu Okręgowego ubezpieczona nie wykazała okoliczności, które pozwoliłyby na stwierdzenie, iż opłacenie składki za luty 2016 roku w pełnej wysokości po terminie stanowi uzasadniony przypadek w rozumieniu powołanego wyżej przepisu. W toku postępowania sądowego nie udowodniła bowiem, by ze względu na stan psychiczny nie mogła opłacić składki za luty 2016 roku w pełnej wysokości w terminie. Jak już zostało wskazane, leczenie psychiatryczne podjęła dopiero w dniu 5 kwietnia 2016 r. Sąd I instancji uznał, że nie zasługują na uwzględnienie twierdzenia pełnomocnika ubezpieczonej, iż w dniu przekazania do księgowej informacji o konieczności zapłaty składki ubezpieczona nie miała świadomości wyczerpania okresu zasiłkowego i dowiedziała się o tym dopiero w dniu otrzymania odmowy wypłaty zasiłku chorobowego, co nastąpiło długo po terminie zapłaty składki za luty 2016 roku. Sąd ten wskazał, że twierdzenia te sprzeczne są z treścią odwołania ubezpieczonej, w którym wskazała ona, iż pomyłkowo podała księgowej, że ma zwolnienie lekarskie do dnia 15 lutego 2016 r. oraz zapomniała poinformować księgową, iż na dzień 15 lutego 2016 r. miała odmowę ZUS z powodu przekroczenia 182 dni. Nadto, we wniosku o wyrażenie zgody na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za luty 2016 roku ubezpieczona podała, iż nie pomyślała, by poinformować księgową o otrzymanej decyzji w sprawie zasiłku chorobowego za miesiąc luty 2016 roku.

Sąd Okręgowy również wskazał, że ubezpieczona prowadzi działalność gospodarczą od dłuższego czasu i winna mieć świadomość konsekwencji wynikających z nieterminowego opłacania składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, czy też opłacania ich w niepełnej wysokości. Ponadto, przekazanie kwestii finansowych księgowej nie wyłącza odpowiedzialności ubezpieczonej za wszystkie działania osoby, która działa z jej upoważnienia i w jej imieniu.

Wobec tego Sąd I instancji zważył, że zasadnie pozwany zaskarżoną decyzją stwierdził, że ubezpieczona jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu w okresach od dnia 11 marca 2014 r. do dnia 14 lutego 2016 r. oraz od dnia 1 marca 2016 r. do dnia 31 marca 2016 r.

Względem orzecznictwa wskazane przez ubezpieczoną Sąd Okręgowy wskazał, że wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 stycznia 2016 roku, I UK 35/15 dotyczy innego stanu faktycznego, a wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 8 czerwca 2016 r., III AUa 148/16, dotyczy wniosku o ponowne objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami społecznymi, a nie problematyki opłacania składek w niepełnej wysokości, czy z przekroczeniem terminu.

Dlatego Sąd Okręgowy, na podstawie przepisu art. 477¹⁴ § 1 k.p.c., orzekł jak w pkt I wyroku. O kosztach zastępstwa procesowego Sąd ten orzekł w pkt II wyroku, na podstawie przepisów art. 108 § 1 k.p.c., art. 98 § 1 i § 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c. oraz § 9 ust. 2 w zw. z § 15 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2015 roku, poz. 1804). Sąd uznał kwotę 360 zł za adekwatną do nakładu pracy pełnomocnika oraz wkładu pracy pełnomocnika w przyczynienie się do jej rozstrzygnięcia, mając na uwadze charakter sprawy.

Apelację od powyższego wyroku wywiodła ubezpieczona zaskarżając go w całości i zarzucając naruszenie:

1. przepisów postępowania, które miało wpływ na wynik sprawy, tj. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów przeprowadzonych w sprawie, dokonanej wybiórczo, wbrew zasadom logiki i doświadczenia życiowego, polegającej na przyjęciu, iż:

a) ubezpieczona nie wykazała, iż w lutym 2016 roku miała silną depresję, uniemożliwiającą jej prowadzenie działalności gospodarczej,

b) w przypadku silnej depresji w lutym 2016 roku, ubezpieczona nie zwlekałaby z udaniem się do lekarza do kwietnia 2016 roku,

c) omyłkowe wskazanie przez ubezpieczoną swojej księgowej, iż ma zwolnienie do dnia 15 lutego 2016 r. oraz niepoinformowanie jej o otrzymanej decyzji w sprawie zasiłku chorobowego z miesiąc luty 2016 świadczy o istnieniu u ubezpieczonej w terminie opłacania składki na ubezpieczenie chorobowe za miesiąc luty 2016 roku świadomości wyczerpania okresu zasiłkowego oraz konsekwencji z tego wynikających,

d) wyjaśnienia ubezpieczonej, iż w lutym 2016 roku nie była w stanie należycie prowadzić swoich spraw nie zasługują na uwzględnienie.

2. prawa materialnego, tj. art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, polegające na wadliwym przyjęciu, iż w przedmiotowej sprawie nie zachodzi uzasadniony przypadek umożliwiający wyrażenie zgody na opłacenie przez ubezpieczoną po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w pełnej wysokości.

W oparciu o tak sformułowane zarzuty ubezpieczona wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku w całości, poprzez uwzględnienie odwołania ubezpieczonej i ustalenie, iż ubezpieczona podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 11 marca 2014 r. do dnia 31 marca 2016 r. Nadto apelująca wniosła o zasądzenie od organu rentowego na rzecz ubezpieczonej kosztów procesu za obie instancje, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Ewentualnie skarżąca wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego.

W uzasadnieniu apelacji ubezpieczona podniosła, że wbrew ustaleniom poczynionym przez Sąd I instancji, wykazała, iż jedną z przyczyn braku należytej dbałości o sprawy związane z prowadzoną przez nią pozarolniczą działalnością gospodarczą był zły stan psychiczny. Przesłuchiwana w toku postępowania, konsekwentnie podawała zarówno przyczyny takiego stanu, jak również okres, od którego stany depresyjne zaczęły u niej występować. Ze znajdującego

się w aktach sprawy nagrania jej zeznań wynika, iż były one szczere, emocjonalne, z całą pewnością pozbawione jakiegokolwiek wyrachowania. Zasady logiki i doświadczenia życiowego wskazują raczej, że objawy choroby natury psychicznej pojawiają się stopniowo, mają różne stopnie nasilenia. Stąd też ludzie cierpiący na te przypadłości rzadko (odmiennie niż przy „zwykłych” chorobach) od razu decydują się na konsultacje lekarskie. Apelująca zwróciła uwagę na ustalenia wywiadu lekarskiego, zawarte w znajdującej się w aktach sprawy dokumentacji medycznej. Wskazuje się w niej, iż kłopoty ubezpieczonej trwają „już od dłuższego czasu”, mają różne przyczyny (zawodowe - spadek dochodów oraz prywatne - rozstanie z partnerem), przynajmniej jedna z tych przyczyn (spadek dochodów) ma również charakter długotrwały. Ponadto, pośród objawów stwierdzonego u ubezpieczonej zespołu depresyjnego reaktywnego nasilonego wymienia się m.in. bezsenność i utratę wagi - 6 kg w ciągu miesiąca, co oznacza, iż utrata wagi u ubezpieczonej zaczęła się co najmniej od dnia 5 marca 2016 r. (mając na względzie termin pierwszej konsultacji lekarskiej). Porównując ww. datę z okresem płatności składek za miesiąc luty 2016 (15-ty marca 2016) oznacza, iż w czasie, w którym ubezpieczona kontaktowała się ze swoją księgową i przekazywała jej informacje nt. okresu niezdolności do pracy, objawy ww. schorzenia były już bardzo nasilone.

Wobec tego, zdaniem skarżącej nie można do porządku dziennego przejść nad ustaleniami Sądu I instancji w myśl których, omyłkowe wskazanie przez ubezpieczoną swojej księgowej, iż ma zwolnienie do dnia 15 lutego 2016 r. oraz niepoinformowanie jej o otrzymanej decyzji w sprawie zasiłku chorobowego za miesiąc luty 2016, podane we wniosku o przywrócenie terminu płatności składki z dnia 10 czerwca 2016 r. świadczy o istnieniu u ubezpieczonej (w terminie opłacania składki na ubezpieczenie chorobowe za miesiąc luty 2016 roku) świadomości wyczerpania okresu zasiłkowego oraz konsekwencji z tego wynikających. Zdaniem skarżącej przyczyn braku dbałości o interesy przez ubezpieczoną należy doszukiwać się w jej stanie psychicznym.

Ubezpieczona również dodała, że niezależnie od argumentacji przywoływanej w odwołaniu od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, ubezpieczona już we wcześniejszych pismach kierowanych do organu rentowego (np. we wniosku o wyrażenie zgody na opłacenie po terminie składki za luty 2016 roku z dnia 10 czerwca 2016 r.) wskazywała zły stan psychiczny jako przyczynę niedopłaty. Nadto ubezpieczona zauważyła, że komunikując księgowej okres za który ma zostać opłacona składka, sugerowała się okresem niezdolności uwidocznionym na druku ZUS ZLA (w aktach sprawy), który to wykraczał jeden dzień poza 182 dniowy okres, za który należny jest zasiłek chorobowy. Mogła ona przypuszczać, iż lekarz wystawił jej zwolnienie lekarskie do końca okresu zasiłkowego. Nie jest normalną praktyką takie określenie długości niezdolności do pracy, które skutkowałoby koniecznością ubiegania się o 1-dniowe świadczenie rehabilitacyjne.

Apelująca również podniosła, że nie można się zgodzić z nieuwzględnieniem przez Sąd I instancji, jako nieodpowiadających stanowi faktycznemu poglądów Sądu Najwyższego i Sądu Apelacyjnego w Gdańsku w przywołanych wyrokach.

Podsumowując ubezpieczona podniosła, że ustalenie Sądu Okręgowego, iż stan faktyczny sprawy nie pozwala na przyjęcie, że nieopłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc luty 2016 r. nie stanowi uzasadnionego przypadku, o którym mowa w art. 14 ust. 2 pkt 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych jest pozbawione podstaw faktycznych i prawnych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja ubezpieczonej okazała się zasadna, aczkolwiek z innych przyczyn niż w niej wskazane.

Przedmiotem niniejszego postępowania było ustalenie podlegania przez ubezpieczoną N. R. w okresie od dnia 15 lutego 2016 r. do dnia 29 lutego 2016 r. dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej. Pominięcie tego okresu w zaskarżonej decyzji było konsekwencją braku zgody organu rentowego na opłacenie składek po terminie na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1778 ze zm., dalej nazywana jako ustawa systemowa).

Przystępując do meritum sprawy Sąd odwoławczy wskazuje, iż podstawę prawną roszczenia wnioskodawczyni stanowi art. 6 ust. 1 pkt 5 oraz art. 12 ust. 1 ustawy systemowej, zgodnie z którymi obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu podlegają osoby fizyczne, które na terenie Rzeczypospolitej Polskiej są osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność i osobami z nimi współpracującymi. Zgodnie natomiast z art. 11 ust. 2 ustawy systemowej, osoby prowadzące pozarolniczą działalność na swój wniosek dobrowolnie podlegają ubezpieczeniu chorobowemu. Terminy podlegania ubezpieczeniom społecznym określają przepisy art. 13 i 14 ustawy systemowej. Art. 13 pkt 4 ustawy stanowi, że obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, chorobowemu i wypadkowemu podlegają osoby fizyczne prowadzące pozarolniczą działalność od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności, z wyłączeniem okresu, na który wykonywanie działalności zostało zawieszona na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej. Art. 14 w ust. 1 wskazuje, iż 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. Z ust. 2 wynika z kolei, że 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, z którego wynika, że zgłoszenia tego dokonuje się w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia.

Zgodnie z wykładnią art. 14 ww. we wszystkich przypadkach do powstania stosunku prawnego dobrowolnego ubezpieczenia niezbędny jest wniosek ubezpieczonego, a objęcie ubezpieczeniem następuje zasadniczo od dnia wskazanego we wniosku, jednak nie wcześniej niż od dnia, w którym wniosek został złożony. W przypadku, gdy we wniosku ubezpieczony nie wskazuje terminu przystąpienia do dobrowolnego ubezpieczenia, należy przyjąć, że powstaje ono od dnia złożenia wniosku (por. uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00, Lex nr 49201). W przedmiotowej sprawie zgodnie z prawidłowymi ustaleniami Sądu Okręgowego ubezpieczona N. R. od dnia 11 marca 2014 r. prowadzi działalność gospodarczą i z tego tytułu dokonała zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. W świetle tej okoliczności nie budzi wątpliwości, iż od tego dnia zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt 5 i art. 11 ust. 2 w zw. z art. 14 ust. 1 ustawy systemowej podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

W kolejnych okresach ubezpieczona od dnia 1 lipca 2014 r. do dnia 16 sierpnia 2014 r. ubezpieczona przebywała na zasiłku chorobowym, od dnia 17 sierpnia 2014 r. do dnia 16 sierpnia 2015 r. na zasiłku macierzyńskim oraz ponownie na zasiłku chorobowym od dnia 17 sierpnia 2015 r. do dnia 14 lutego 2016 r. W dniu 14 marca 2016 r. opłaciła składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc luty 2016 r. w niższej od należnej wysokości.

Względem powyższego Sąd Apelacyjny wskazuje, iż warunkiem trwania w ciągłości ubezpieczeniowej jest regularne opłacanie składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe. Bowiem zgodnie z art. 14 ust. 2 ustawy systemowej wskazane ubezpieczenia 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.

Sąd Apelacyjny zaznacza, iż oceny skutku określonego w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej należy dokonać nie tylko z uwzględnieniem pojęcia „nieopłacenia składki w terminie”, ale również okoliczności temu towarzyszących. Uwzględnieniu podlega wola ubezpieczonego jako przesłanka ustania ubezpieczenia w zgodzie z celem jego czynności. Sąd odwoławczy w tym przedmiocie podziela w całej rozciągłości orzecznictwo Sądu Najwyższego wyrażone w wyroku

z dnia 8 grudnia 2015 r. w sprawie II UK 443/14 (Lex nr 1962525). Zgodnie z tym postulatem Sądu Najwyższego tylko zaniechanie zapłaty składki w terminie wyraża wolę zaprzestania podlegania ubezpieczeniu, opłacanie zaś składki wiąże się zawsze z wolą jego kontynuowania, dlatego opłaceniu składki w niższej od należnej wysokości nie należy nadawać znaczenia powodującego ustanie ubezpieczenia, wbrew woli ubezpieczonego. Sąd Najwyższy w tym orzeczeniu dokonał jednoznacznej wykładni skutku prawnego z art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej w sytuacji opłacenia w terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, lecz w zaniżonej wysokości. Zgodnie z tym poglądem ustanie ubezpieczenia chorobowego wiąże się z elementem woli ubezpieczonego co do trwania ubezpieczonego, która jest podstawą ubezpieczenia. Ustanie ubezpieczenia ze względu na nieopłacenie składki w niższej wysokości nie może być uznawane za jakiś szczególny rodzaj kary. Taki sposób postępowania może być ewentualnie podstawą do stosowania przez organ rentowy sankcji określonych w art. 24 ustawy systemowej.

We wskazanym orzeczeniu Sąd Najwyższy orzekając w bardzo zbliżonym jak w przedmiotowej sprawie stanie faktycznym zważył, iż ustalenie, że składka na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe została opłacona, wiąże Sąd i nakazuje przyjąć, że ubezpieczona nie wyraziła woli wyłączenia się z ubezpieczenia. Jej wola kontynuacji ubezpieczenia dobrowolnego została wyrażona we właściwym czasie i formie, a tylko błędem w wyliczeniu należnej kwoty. Fakty ustalone w sprawie należy odnieść do art. 60 i 65 k.c. Stosownie do ich treści, wola osoby dokonującej czynności prawne może być wyrażona przez każde zachowanie, które ujawnia ją w sposób dostateczny, oraz że oświadczenie woli należy tłumaczyć tak, jak wymagają tego okoliczności, w których zostało złożone, zasady współżycia społecznego i ustalone zwyczaje. Ubezpieczona swym zachowaniem nie wyraziła w sposób dostateczny woli dokonania czynności prawnej przypisanej jej przez organ rentowy (wyłączenie z ubezpieczenia chorobowego). Jej zachowanie wskazywało na zamiar osiągnięcia innego skutku, co wprost uzewnętrzniała, wnosząc o zezwolenie na późniejsze opłacenie (uzupełnienie) składki.

W ocenie Sądu Apelacyjnego sposób postępowania ubezpieczonej w dostatecznym stopniu wyrażał jej wolę dalszego podlegania dobrowolnym ubezpieczeniom społecznym po wyczerpaniu zasiłku chorobowego, przysługującego jej do dnia 14 lutego 2016 r. Wynika to jednoznacznie z faktu, iż skarżąca opłaciła w terminie (określonym w terminie 47 ust. 1 pkt 3 ustawy systemowej) składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za luty 2016 r., przez co wyraziła wolę objęcia jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. W sytuacji, gdy uświadomiła sobie, iż dokonała uiszczenia składki w niższej od należnej wysokości (obliczonej stosunkowo od 16, a nie od 15 lutego 2016 r.) niezwłocznie opłaciła brakującą część składki, złożyła korektę deklaracji i wystąpiła z wnioskiem o wyrażanie zgody na opłacenie składki po terminie. Nadto na uwagę zasługuje, iż ubezpieczona od dnia rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej i zgłoszenia z tego tytułu do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego opłacała terminowo składki ubezpieczeniowe, czym wykazywała stały zamiar objęcia jej przedmiotowym ubezpieczeniem społecznym. Dodatkowo na uwagę zasługuje, iż w bezpośrednio poprzedzającym okresie ubezpieczona przebywała przez 182 dni na zasiłku chorobowym. Zdaniem Sądu Apelacyjnego ta okoliczność w powiązaniu z opłaceniem składki na ubezpieczenie społeczne za dalszy okres, w niebudzący wątpliwości sposób także argumentuje wolę skarżącej, co do dalszego podlegania temu ubezpieczeniu. Opłacenie składki za luty 2016 r. w niższej wysokości było skutkiem błędnego określenia daty końcowej okresu pobieranego przez skarżącą zasiłku chorobowego, a nie wolną wyłączenia z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

W świetle tak prezentowanej wykładni prawa materialnego Sąd odwoławczy stwierdza, że problemy zdrowotne ubezpieczonej natury psychiatrycznej oraz brak stosownej komunikacji z biurem rachunkowym odnośnie okresu zasiłku chorobowego stanowią okoliczności uboczne i nie mają istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. Organ rentowy błędnie zinterpretował opłacenie składki w kwocie niższej od należnej jako nieopłacenie składki i nadał mu skutek przewidziany w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej. Z tego też względu zbędnym okazało się czynienie jakichkolwiek rozważań względem pierwszego zarzutu apelacji (naruszenia art. 233 § 1 k.p.c.) związanego jednoznacznie z tymi zdarzeniami. Sąd Apelacyjny jedynie wskazuje, że wadliwym było dokonywanie przez Sąd pierwszej instancji ustaleń i rozważań w zakresie okoliczności dających możliwość przywrócenia terminu do opłacenia składki po terminie, stanowiących podstawę orzeczenia Sądu Okręgowego.

Podsumowując Sąd Apelacyjny stwierdza, że Sąd Okręgowy przy rozpoznaniu sprawy naruszył przepisy prawa materialnego, dokonując błędnej wykładni art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, który nie mógł mieć zastosowania w sytuacji opłacenia przez ubezpieczoną składki za sporny okres, niemniej jednak w niższej od wymaganej wysokości.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. zmienił zaskarżony wyrok i poprzedzającą go decyzję jak w pkt I wyroku.

W pkt II wyroku Sąd odwoławczy rozstrzygnął o kosztach procesu za obie instancje zgodnie z zasadą odpowiedzialności za jego wynik, określoną w art. 98 i 99 k.p.c., stosownie do której strona przegrywająca proces obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty zastępstwa procesowego. Wysokość tych kosztów ustalił w kwocie 540 zł, tj. w stawce minimalnej w oparciu o obowiązujące normy prawne w czasie orzekania na danym etapie postępowania, a nadto uwzględnił opłatę od apelacji w wysokości 30 zł. Wysokość stawki minimalnej Sąd ustalił w odniesieniu do wartości przedmiotu zaskarżenia określonego w apelacji na kwotę 701,65 zł. Odnośnie kosztów za postępowanie pierwszoinstancyjne, stosowanie do § 2 ust. 2 w zw. z § 15 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2015 r., poz. 1804 ze zm.). Z kolei za postępowanie apelacyjne stosowanie do § 2 ust. 2 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 i § 15 ust. 1 i 2 tego samego rozporządzenia. Przy tym Sąd miał na uwadze niezbędny nakład pracy pełnomocnika oraz czynności podjęte przez niego w sprawie, a także charakter sprawy i wkład pełnomocnika w przyczynienie się do jej wyjaśnienia i rozstrzygnięcia – art. 109 § 2 k.p.c. in fine.

SSA Małgorzata Gerszewska SSA Jerzy Andrzejewski SSA Alicja Podlewska