

Sygn. akt III AUa 1455/18

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 maja 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku - III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Lucyna Ramlo
Sędziowie:	SSA Grażyna Czyżak SSA Iwona Krzeczowska-Lasoń (spr.)
Protokolant:	sekr. sądowy Agnieszka Makowska

po rozpoznaniu w dniu 16 maja 2019 r. w Gdańsku

sprawy S. W.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G.

o ustalenie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu

na skutek apelacji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G.

od wyroku Sądu Okręgowego w Gdańsku VII Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 30 lipca 2018 r., sygn. akt VII U 3271/17

oddala apelację.

SSA Grażyna Czyżak SSA Lucyna Ramlo SSA Iwona Krzeczowska-Lasoń

Sygn. akt III AUa 1455/18

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 27 marca 2017 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. stwierdził, że S. W. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu:

- jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia w okresie od 04 lutego 2014 r. do 29 października 2014 r.

- jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% kwoty przeciętnego wynagrodzenia w okresie od 02 grudnia 2014 r. do 16 lipca 2015 r. od 15 lipca 2016 r. do 30 sierpnia 2016 r. od 26 października 2016 r.

Odwołanie od powyższej decyzji złożyła ubezpieczona wnosząc o ustalenie podleganiu dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 31 sierpnia 2016 r. do 25 października 2016 r.

W odpowiedzi na odwołanie pozwany wniósł o jego oddalenie oraz o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych.

Wyrokiem z dnia 30 lipca 2018 r. Sąd Okręgowy w Gdańsku VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w punkcie 1 zmienił zaskarżoną decyzję i ustalił, że S. W. podlega ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 31 sierpnia 2016 r. do 25 października 2016 r., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% kwoty przeciętnego wynagrodzenia i w punkcie 2 zasądził od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. na rzecz S. W. kwotę 90 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Uzasadniając swoje stanowisko, Sąd ustalił, że S. W. od dnia 4 lutego 2014 r. prowadzi działalność gospodarczą pod nazwą (...). Obsługę księgową wnioskodawczyni prowadzi I. M.. Ubezpieczona zgłosiła się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej od dnia 4 lutego 2014 r. do dnia 29 października 2014 r., od dnia 2 grudnia 2014 r. do dnia 16 lipca 2015 r. i od dnia 15 lipca 2016 r. W okresie od dnia 17 lipca 2015 r. do 14 lipca 2016 r. ubezpieczona pobierała zasiłek macierzyński. Od dnia 20 lipca 2016 r. ubezpieczona przebywała na zwolnieniu chorobowym w związku z niezdolnością do pracy.

W dniu 21 lipca 2016 r. ubezpieczona przekazała do ZUS zgłoszenie od dnia 15 lipca 2016 r. do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych na formularzu ZUS ZUA i wniosła także o objęcie ją od dnia 15 lipca 2016 r. dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Pierwsza deklaracja ZUS DRA za miesiąc lipiec 2016 r. została złożona przez ubezpieczoną dnia 3 sierpnia 2016 r., z podstawą wymiaru składki 5.428 zł. Składki od tej podstawy zostały wyliczone na kwotę 1.724,48 zł i opłacone dnia 9 sierpnia 2016 r. Wykazana podstawa wymiaru składek została proporcjonalnie wyliczona od podstawy maksymalnej w stosunku do okresu podlegania ubezpieczeniom społecznym przez ubezpieczoną w lipcu 2016 r. tj. od dnia 15 lipca 2016 r. (pierwszy dzień po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego) do dnia 31 lipca 2016 r.

Ubezpieczona zgłosiła wniosek o wypłacenie zasiłku chorobowego za łączne okresy od dnia 20 lipca 2016 r. do dnia 27 października 2016 r. oraz od dnia 9 grudnia 2016 r. do dnia 23 stycznia 2017 r. Lekarz orzecznik ZUS w dniu 30 sierpnia 2016 r. przeprowadził kontrolę zasadności zwolnienia lekarskiego ubezpieczonej i orzekł, że z dniem 30 sierpnia 2016 r. ustala jej niezdolność do pracy. W konsekwencji Zakład Ubezpieczeń Społecznych naliczył i wypłacił ubezpieczonej zasiłek chorobowy za okres od 20 lipca 2016 r. do 30 sierpnia 2016 r., a za okres od dnia 31 sierpnia 2016 r. do dnia 9 września 2016 r. odmówił wnioskodawczyni prawa do zasiłku chorobowego.

Dnia 6 września 2016 r., w związku z wypłaceniem ubezpieczonej zasiłku chorobowego za okres od dnia 20 lipca 2016 r. do dnia 31 lipca 2016 r. ubezpieczona złożyła korektę ZUS DRA za lipiec 2016 r., pomniejszając ją proporcjonalnie także o okres przyznanego zasiłku chorobowego. Podstawę wymiaru w deklaracji określono na 1.596,40 zł, a składkę wyliczono na 507,18 zł. Tym samym - w przekonaniu skarżącej - na jej koncie powstała nadpłata składek w wysokości 1.217,30 zł.

Księgowa ubezpieczonej naliczyła składkę za sierpień 2016 r. za jeden dzień tj. za 31 sierpień 2016 r. w związku z odmową wypłacenia przez ZUS zasiłku chorobowego za ten dzień. składkę wyliczono na 101,44 zł. Składka w tej kwocie nie została przez nią opłacona do dnia 12 września 2016 r., gdyż w przekonaniu ubezpieczonej posiadała ona nadpłatę składek za lipiec 2016 r. w wysokości 1.217,30 zł. Za wrzesień 2016 r. (za dni 1-9 września 2016 r.) w związku z odmową wypłacenia przez ZUS zasiłku chorobowego za te dni, składkę wyliczono na 838,73 zł. Składka w tej kwocie nie została przez nią opłacona w wymaganym terminie tj. do dnia 12 września 2016r., gdyż w przekonaniu ubezpieczonej posiadała ona nadpłatę składek za lipiec 2016 r. w wysokości 1.115,86 zł.

W dniu 13 października 2016 r. S. W. otrzymała decyzję ZUS z dnia 11 października 2016 r. o odmowie wypłacenia jej zasiłku chorobowego za okres od 9 września 2016 r. do 27 października 2016 r. z uwagi na niedopłatę składek za lipiec 2016 r., która powstała - w ocenie organu rentowego - na skutek skorygowania deklaracji ZUS DRA i pomniejszenia podstawy wymiaru składek za okres pobranego zasiłku, do czego ubezpieczona nie miała prawa, skoro za miesiąc lipiec 2016 r. nie zadeklarowała najniższej podstawy wymiaru składek, tylko wyższą od 60% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale.

ZUS dokonał z urzędu korekty deklaracji ZUS DRA za lipiec 2016 r., wyliczając na powrót podstawę wymiaru składek na kwotę 5.428 zł, a składki od tej podstawy zostały wyliczone na kwotę 1.724,48 zł. W związku z powyższym już dnia 14 października 2016 r. ubezpieczona złożyła wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie, anulowanie korekty ZUS DRA za lipiec 2016 r. i opłaciła należności składkowe, tj. 32 dni po terminie za miesiąc sierpień i 4 dni po terminie za miesiąc wrzesień. Pismem z dnia 9 listopada 2016 r. organ rentowy poinformował ubezpieczoną, iż została wyrażona zgoda na opłacenie składki po terminie na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za luty 2014 r. Wniosek dotyczący lipca 2016 r. został uznany za bezprzedmiotowy.

W dniu 25 października 2016 r. ubezpieczona złożyła w organie rentowym kolejną korektę deklaracji ZUS DRA za miesiąc lipiec 2016 r. wskazując kwotę składek 1.724,48 zł od podstawy 5.428,00 zł.

Z uwagi na opóźnione opłacenie składek za sierpień 2016 r. i wrzesień 2016 r., decyzją z dnia 13 grudnia 2016 r. ZUS Oddział w G. odmówił ubezpieczonej prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 9 września 2016 r. do dnia 27 października 2016 r.

Wnioskodawczyni zgłosiła się ponownie do ubezpieczenia chorobowego od dnia 26 października 2016 r.

Dnia 16 grudnia 2016 r. ubezpieczona ponownie złożyła wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie za okres od sierpnia 2016 r. do września 2016 r.

Pismem z dnia 31 stycznia 2017 r. pozwany odmówił ubezpieczonej wyrażenia zgody na opłacenie składki za sierpień oraz wrzesień po terminie wskazując, iż przedstawione we wniosku z dnia 16 grudnia 2016 r. uzasadnienie przyczyny opłacenia składek po terminie nie zasługuje na uwzględnienie. Wskazano, iż ubezpieczona nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od dnia 31 sierpnia 2016 r. do dnia 30 września 2016 r. Decyzją z dnia 9 lutego 2017 r. ZUS Oddział w G. odmówił ubezpieczonej prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 9 grudnia 2016 r. do dnia 23 stycznia 2017 r.

Na kanwie tak poczynionych ustaleń pozwany wydał zaskarżoną w niniejszym postępowaniu decyzję.

Spór w sprawie sprowadzał się do ustalenia, czy zaszły okoliczności uzasadniające wyrażenie zgody na opłacenie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie, a w konsekwencji czy wnioskodawczyni podlega ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od dnia 31 sierpnia 2016 r. do dnia 25 października 2016 r.

Po przeanalizowaniu zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, Sąd uznał, że ustalone w niniejszej sprawie okoliczności przemawiają za uznaniem ciągłości dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego S. W.. Sąd podkreślił, że działania ubezpieczonej polegające na zaniechaniu opłacania należnej składki za 31 sierpień 2016 r. i za 1-9 wrzesień 2016 r. były motywowane przeświadczeniem, że posiada ona nadpłatę z tytułu składek za lipiec 2016 r., co do którego została złożona korekta deklaracji w dniu 6 września 2016 r. i zamiast w kwocie 1724,48 zł, płatnik wykazał składkę w kwocie 507,18 zł.

Z uwagi na przyjęty przez ZUS sposób interpretacji art. 18 ust. 9 i 10 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r. poz. 300 z późn. zm.; dalej jako ustawa systemowa), a mianowicie, że podstawa wymiaru składek za dany miesiąc podlega proporcjonalnemu pomniejszeniu za dni pobierania zasiłku chorobowego tylko w przypadku, gdy zadeklarowano najniższą podstawę wymiaru składek, ZUS dokonał z urzędu korekty deklaracji ZUS DRA za lipiec 2016 r. i naliczył na powrót składkę za ten miesiąc w

kwocie 1724,48 zł, co w konsekwencji zlikwidowało nadpłatę, a w jeszcze dalszej konsekwencji wywołało konieczność opłacenia składek za 31 sierpień 2016 r. i za 1-9 wrzesień 2016 r., co nastąpiło już po wymaganym terminie płatności.

W ocenie Sądu Okręgowego dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie ma to, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych dokonał błędnej wykładni art. 18 ust. 9 i 10 ustawy systemowej, a mianowicie, że jedynie w przypadku zadeklarowania najniższej podstawy wymiaru składek istnieją podstawy do jej pomniejszenia w przypadku pobierania zasiłku chorobowego za część miesiąca.

Co do sposobu wykładni art. 18 ust. 9 i 10 ustawy systemowej, Sąd Okręgowy wskazał, że podziela pogląd wyrażony m.in. przez Sąd Apelacyjny w Gdańsku w wyroku z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie III AUa 1603/16, zgodnie z którym art. 18 ust. 9 cyt. ustawy nie odbiera ubezpieczonemu, którzy zadeklarowali składkę na ubezpieczenia w rozmiarze przekraczającym ustawowe minimum, prawa do proporcjonalnego zmniejszenia podstawy wymiaru składki w miesiącu, w którym nastąpiło objęcie ubezpieczeniem, bądź w przypadku niezdolności do pracy trwającej przez część miesiąca. Przyjęcie odmiennego stanowiska prowadziłoby do naruszenia zasady równego traktowania wszystkich ubezpieczonych w zakresie obowiązku opłacania i obliczania wysokości składek na ubezpieczenie społeczne. Wykładnia literalna art. 18 ust. 9 i 10 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych prowadzi do wyników, które są sprzeczne z zasadą spójności systemu prawa. Brak jest bowiem jakiegokolwiek uchwytnej racjonalnej przyczyny, dla której dwie grupy ubezpieczonych korzystających z ustawowych możliwości zgłoszenia podstawy wymiaru składek w kwocie najniższej lub w kwocie wyższej miałyby być traktowane odmiennie, jeśli chodzi o kwestie płacenia składek proporcjonalnie do okresu pozostawania w ubezpieczeniu społecznym w danym miesiącu. Skoro zaś wykładnia językowa prowadzi do nie dających się zaakceptować rezultatów, zastosowanie winna znaleźć wykładnia funkcjonalna. Ten rodzaj wykładni przemawia za odpowiednim stosowaniem regulacji art. 18 ust. 8 i 9 także w przypadku zadeklarowania przez ubezpieczonego składki w kwocie wyższej niż najniższa dopuszczalna przepisami prawa.

Taka wykładnia oznacza, że składając korektę deklaracji za lipiec 2016 r. w dniu 6 września 2016 r. wnioskodawczyni miała jednak prawo do zmniejszenia podstawy wymiaru składek za okres od 20 lipca 2016 r. do dnia 31 lipca 2016 r., w którym realizowała uprawnienia do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, a w konsekwencji należy uznać, że jej przekonanie o istnieniu nadpłaty z tytułu składek posiadało uzasadnione podstawy.

Sąd zaznaczył, że jest związany zakresem wydanej decyzji, a ustalając okoliczności sprawy był zobligowany wziąć pod uwagę stan rzeczy istniejący w chwili zamknięcia rozprawy. Aktualnie płatnik, jeśli chodzi o lipiec 2016 r., na powrót wykazał podstawę wymiaru składek w kwocie 5.428 zł i należną od tego składkę w kwocie 1724,48 zł. W konsekwencji oznacza to, że składki za 31 sierpień 2016 r. i za 1-9 wrzesień 2016 r. zostały zapłacone przez ubezpieczoną z opóźnieniem, bo dopiero w dniu 14 października 2016 r. Nie mniej jednak zdaniem Sądu z uwagi na to, że kolejne działania ubezpieczonej były determinowane kolejnymi posunięciami organu rentowego, nie znajdującymi oparcia w prawidłowej wykładni przepisów prawa, nie można jej obciążyć skutkami opóźnienia w opłacaniu składek w postaci przerwania ciągłości ubezpieczenia chorobowego. Zdaniem Sądu okoliczności niniejszej sprawy dają podstawę do stwierdzenia, iż zachodzą przesłanki do przywrócenia terminu do opłacenia składek na ubezpieczenia społeczne za sierpień 2016 r. i wrzesień 2016 r.

Dodatkowo Sąd zaznaczył, że w judykaturze prezentowany jest pogląd, iż tylko zaniechanie zapłaty składki w terminie wyraża wolę zaprzestania podleganiu ubezpieczeniu, opłacenie 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 (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 10 czerwca 2016 r. III AUa 196/16).

W tym stanie rzeczy Sąd, na mocy art. 477¹⁴ § 2 k.p.c., zmienił zaskarżoną decyzję i ustalił, że S. W. podlega ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 31 sierpnia 2016 r. do 25 października 2016 r., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, dla której podstawą wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% kwoty przeciętnego wynagrodzenia;

O kosztach postępowania Sąd orzekł na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c. i § 2 ust. 1 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.), w brzmieniu obowiązującym w dniu wszczęcia postępowania, zasądzając od pozwanego na rzecz wnioskodawczyni kwotę 90 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Apelację od wyroku wywiódł pozwany zaskarżając go w całości i zarzucając mu:

1. naruszenie prawa materialnego, tj.

- art. 11 ust. 2 oraz art. 14 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych przez ich błędną wykładnię i niezasadne przywrócenie terminu na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, a w konsekwencji przyjęcie, że ubezpieczona podlega ubezpieczeniu chorobowemu w **okresie** od 31 sierpnia 2016 r. do 25 października 2016 r. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, dla której podstawą wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% kwoty przeciętnego wynagrodzenia;

- art. 18 ust. 9 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez błędną wykładnię i niewłaściwe przyjęcie, iż także w przypadku zadeklarowania wyższej podstawy wymiaru składek **niż najniższa** istnieją podstawy do jej pomniejszenia w przypadku pobierania zasiłku chorobowego za część miesiąca oraz nieuzasadnione uznanie, że wnioskodawczyni była uprawniona do pomniejszenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia za lipiec 2016 r. w oparciu o powołaną regulację.

2. naruszenie prawa procesowego, tj. art. 233 §1 k.p.c. przejawiające się w błędnej ocenie stanu faktycznego i nie wyjaśnienie wszelkich wątpliwości w sprawie, a także wyprowadzenie z materiału dowodowego wniosków wątpliwych zarówno z punktu widzenia logiki, jak i doświadczenia życiowego.

Wskazując na powyższe, pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w pkt 1 i 2 i oddalenie odwołania, względnie o jego uchylenie i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sadowi I instancji oraz o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego za I i II instancję wg norm przepisanych.

Uzasadniając swoje stanowisko pozwany wskazał, że Sąd niezasadnie przywrócił termin na opłacenie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za sierpień 2016 r. i wrzesień 2016 r. uznając ciągłość ubezpieczenia wnioskodawczyni.

Na potwierdzenie swojego stanowiska skarżący wskazał na treść wyroku Sądu Najwyższego z dnia 20 września 2017 r., I UK 341/16 (LEX nr 2397628), w którym wyjaśnił on, że wykładnia językowa art. 18 ust. 9 i 10 ustawy systemowej w sposób nie budzący jakichkolwiek wątpliwości wskazuje na możliwość proporcjonalnego zmniejszenia podstawy wymiaru składki w miesiącu, w którym nastąpiło objęcie ubezpieczeniami albo ich ustanie, bądź w przypadku niezdolności do pracy trwającej przez część miesiąca wyłącznie w stosunku do ubezpieczonych, którzy zadeklarowali najniższą podstawę wymiaru składki na ubezpieczenia społeczne z tytułu prowadzonej działalności pozarolniczej. Ustawodawca wyraźnie ograniczył możliwość korzystania z proporcjonalnego pomniejszenia podstawy wymiaru składki tylko do ubezpieczonych, którzy zadeklarowali najniższą podstawę wymiaru składki.

Sąd Najwyższy zważył, że w przypadku ubezpieczonych prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą obowiązek opłacania składek na ubezpieczenia społeczne i ich wysokość nie są powiązane z osiągniętym faktycznie przychodem, lecz wyłącznie z istnieniem tytułu ubezpieczenia i zadeklarowaną przez ubezpieczonego kwotą, niezależnie od tego czy ubezpieczony osiąga dochody i w jakiej wysokości. A zatem prawodawca pozwolił tej kategorii ubezpieczonych podjąć samodzielnie decyzję odnośnie do wskazania przychodu stanowiącego podstawę wymiaru składek, ograniczając jego wysokość wyłącznie w odniesieniu do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, mimo iż wysokość wypłacanych przez organ rentowy świadczeń jest zazwyczaj nieekwiwalentna w stosunku do wkładu ubezpieczonego, zwłaszcza w przypadku krótkiego okresu opłacania składek od wyższej niż minimalna podstawy wymiaru składek. Zróżnicowanie wynikające z art. 18 ust. 9 i 10 ustawy systemowej nie narusza więc zasady równego

traktowania ubezpieczonych, powoduje natomiast, że składka ubezpieczeniowa jest dostosowana do otrzymywanych przez ubezpieczonego z tytułu ziszczenia się ryzyka chorobowego świadczeń.

Z powyższego wynika zatem, że w sytuacji, w której ubezpieczona początkowo złożyła deklarację rozliczeniową za lipiec 2016 r. i wskazała podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne w wysokości 5428 zł, a następnie skorygowała deklarację pomniejszając ją za okres, w którym pobierała uzyskany zasiłek chorobowy, nie płacąc kolejnych składek, nie mogła być w uzasadnionym przekonaniu o istnieniu nadpłaty, która nie wystąpiła i nie mogła wystąpić z uwagi na brak podstawy prawnej do jej powstania. To zaś nie mogło skutkować przywróceniem terminu do opłacenia składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiące sierpień i wrzesień 2016 r.

W odpowiedzi na apelację wnioskodawczynie wniosła o jej oddalenie.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja pozwanego podlegała oddaleniu, albowiem zaskarżony wyrok odpowiada prawu.

Przedmiotem sporu w rozpoznawanej sprawie było podleganie wnioskodawczynie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresach wskazanych w decyzji, z wyłączeniem okresu od dnia 31 sierpnia 2016 r. do dnia 25 października 2016 r.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, w powyższym zakresie Sąd Okręgowy w sposób prawidłowy ustalił stan faktyczny w oparciu o zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, nie wykraczając poza ramy swobodnej oceny wiarygodności i mocy dowodów wynikające z przepisu art. 233 k.p.c., nie popełnił on też błędów w rozumowaniu w zakresie zarówno ustalonych faktów, jak też ich kwalifikacji prawnej, albowiem prawidłowo zastosował odpowiednie przepisy prawa. Sąd Apelacyjny w całości podziela ustalenia Sądu I instancji przyjmując je za punkt wyjścia oceny własnej i nie widząc potrzeby ich powielania. Wobec gruntownej analizy zebranego w sprawie materiału dowodowego i rozważań Sądu Okręgowego, Sąd Apelacyjny nie dostrzegł uzasadnienia dla podnoszonego w apelacji zarzutu przekroczenia granic swobodnej oceny dowodów, czy też poczynienia ustaleń sprzecznych z zebrany w sprawie materiałem dowodowym.

Bezspornie wnioskodawczynie nie opłaciła w terminie składki na ubezpieczenie chorobowe za sierpień i wrzesień 2016 r. Zostały one uiszczone dnia 14 października 2016 r. Organ rentowy nie wyraził zgody na opłacenie składek za te miesiące w terminie .

Zgodzić się należy z apelującym, że wnioskodawczynie, jako osoba która po zakończeniu zasiłku macierzyńskiego zgłosiła się od dnia 15 lipca 2016 r. do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia chorobowego z podstawą wymiaru składek w kwocie 5.428 zł, wadliwie dokonała zmniejszenia proporcjonalnie podstawy wymiaru składek za lipiec 2016 r., przyjmując istnienie nadpłaty składek i nie opłacając składek za sierpień i wrzesień 2016 r. w terminie.

Zgodnie z aktualnym poglądem Sądu Najwyższego zaprezentowanym w wyroku z dnia 20 września 2017 r. (I UK 341/16, OSNP 2018/7/97, LEX nr 2397628), tylko osoby deklarujące najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne mogą zmniejszyć proporcjonalnie podstawę wymiaru tych składek (art. 18 ust. 10 w związku z art. 18 ust. 9 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych). Uzasadniając swoje stanowisko Sąd Najwyższy wyjaśnił, iż wykładnia językowa art. 18 ust. 9 i 10 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych w sposób niebudzący jakichkolwiek wątpliwości wskazuje na możliwość proporcjonalnego zmniejszenia podstawy wymiaru składki w miesiącu, w którym nastąpiło objęcie ubezpieczeniami albo ich ustanie, bądź w przypadku niezdolności do pracy trwającej przez część miesiąca, wyłącznie w stosunku do ubezpieczonych, którzy zadeklarowali najniższą podstawę wymiaru składki na ubezpieczenia społeczne z tytułu prowadzonej działalności pozarolniczej. Przepis art. 18 ust. 9 ustawy systemowej - przewidując możliwość proporcjonalnego zmniejszenia podstawy wymiaru za miesiąc, w którym nastąpiło odpowiednio objęcie ubezpieczeniami emerytalnymi i rentowymi lub ich ustanie i jeżeli trwały one tylko przez część miesiąca - stanowi, że „kwotę najniższej podstawy wymiaru składek zmniejsza się proporcjonalnie (...)”. Oznacza to, że ustawodawca

wyraźnie ograniczył możliwość korzystania z proporcjonalnego pomniejszenia podstawy wymiaru składki tylko do ubezpieczonych, którzy zadeklarowali najniższą podstawę wymiaru składki. Wykładnia powołanych przepisów wskazuje jednoznacznie, że zmniejszenie podstawy wymiaru składki dotyczy wyłącznie „kwoty najniższej podstawy wymiaru składek”, nie zaś każdej kwoty zadeklarowanej składki.

Sąd Najwyższy podkreślił, że w przypadku ubezpieczonych prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą obowiązek opłacania składek na ubezpieczenia społeczne i ich wysokość nie są powiązane z osiągniętym faktycznie przychodem, lecz wyłącznie z istnieniem tytułu ubezpieczenia i zadeklarowaną przez ubezpieczonego kwotą, niezależnie od tego czy ubezpieczony osiąga dochody i w jakiej wysokości. A zatem prawodawca pozwolił tej kategorii ubezpieczonych podjąć samodzielnie decyzję odnośnie do wskazania przychodu stanowiącego podstawę wymiaru składek, ograniczając jego wysokość wyłącznie w odniesieniu do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, mimo iż wysokość wypłacanych przez organ rentowy świadczeń jest zazwyczaj nieekwiwalentna w stosunku do wkładu ubezpieczonego, zwłaszcza w przypadku krótkiego okresu opłacania składek od wyższej niż minimalna podstawy wymiaru składek. Stąd mając na uwadze między innymi funkcję redystrybucyjną ubezpieczeń społecznych i równowagi budżetowej, inne są uprawnienia ubezpieczonych deklarujących najniższą podstawę wymiaru składek od uprawnień ubezpieczonych deklarujących wyższą podstawę wymiaru składki.

W ocenie Sądu Apelacyjnego w rozpoznawanej sprawie oś sporu nie przebiega w płaszczyźnie prawidłowej wykładni art. 18 ust. 9 i 10 ustawy systemowej, lecz art. 14 ust. 2 tej ustawy. W celach porządkowych należy przypomnieć treść spornych przepisów. Zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy systemowej, objęcie dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym, rentowymi i chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony, z zastrzeżeniem ust. 1a, który przewiduje, 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 (czyli w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia). Z kolei art. 14 ust. 2 ustawy systemowej stanowi, że dobrowolne 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. Jednocześnie w uzasadnionych przypadkach Zakład Ubezpieczeń Społecznych może, na wniosek ubezpieczonego, wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie. Przystąpienie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, jest obwarowane określonym formalizmem, a ochrona wymienionego wyżej ryzyka jest dobrowolna. Podstawowym warunkiem uzyskania ochrony jest terminowe opłacanie składek należnych na to ubezpieczenie.

W judykaturze podkreśla się, że dyspozycja art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej obejmuje trzy sytuacje faktyczne. Pierwsza sprowadza się do zaniechania opłacenia składki w terminie za dany miesiąc. Druga polega na opłaceniu składki w terminie, ale w niepełnej wysokości i trzecia polega na opłaceniu składki w pełnej wysokości, lecz po terminie (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 23 kwietnia 2013 r., III AUa 1067/12, LEX nr 1313228). Skutki uchybienia przedmiotowym obowiązkom prowadzą do ustania ubezpieczenia, a tym samym podmiot oczekujący świadczeń (np. zasiłku chorobowego, zasiłku macierzyńskiego) jest obligowany do opłacania składki na to ubezpieczenie w terminie i we właściwej (należnej) wysokości. Zażalenie którejkolwiek z opisanych wyżej sytuacji powoduje – z mocy art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej – ustanie tego ubezpieczenia. Ubezpieczenie to wygasa nawet w sytuacji, gdy osoba zobowiązana nie ponosi winy za nieopłacenie składki. Z uwagi na cel i funkcje świadczeń z ubezpieczenia społecznego prawo musi przewidywać (i przewiduje) okoliczności sanujące uchybienia płatnika składek. W tym celu ustawa systemowa posługuje się konstrukcją „wyrażenia przez organ rentowy zgody na opłacenie składki po terminie”. W ten sposób może dojść do kontynuowania ubezpieczenia chorobowego, mimo opłacenia składki po terminie.

Wykładnia art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej była kilkakrotnie przedmiotem rozważań Sądu Najwyższego, który w uchwale z 8 stycznia 2007 r., IUZP 6/06 (OSNP 2007 nr 13-14, poz. 197) stwierdził, że sąd, rozpoznający odwołanie

od decyzji organu rentowego odmawiającej wypłaty zasiłku chorobowego, bada zachowanie terminu do opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe oraz zasadność odmowy wyrażenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych zgody na opłacenie składki po terminie. W uzasadnieniu tej uchwały Sąd Najwyższy przypomniał, że art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej w brzmieniu pierwotnym stanowił, że w uzasadnionych przypadkach, na wniosek zainteresowanego, ZUS może przywrócić termin do opłacenia składek na dobrowolne ubezpieczenie. Zwrot „Zakład może przywrócić termin” sugerował pozostawienie omawianej kwestii do swobodnego uznania organu rentowego. Nowe brzmienie art. 14 ust. 2 pkt 2 zdanie drugie, nadane przez art. 1 pkt 9 lit. a ustawy z dnia 23 grudnia 1999 r. (Dz.U. Nr 110, poz. 1256), zmieniającej ustawę z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2000 r., zgodnie z którym „Zakład może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie”, akcentuje swobodny charakter działań ZUS w tym zakresie, co jednak nie uzasadnia wyłączenia tej kwestii spod kontroli sądu. W postanowieniu Sądu Najwyższego z 14 listopada 2007 r., II UK 65/07 (LEX nr 863989), przyjęto, że organ rentowy został wyposażony w kompetencję wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie, czyli uznania, że mimo nieopłacenia składki w terminie ubezpieczenie nie ustało. W ustawie systemowej nie zostały określone przesłanki wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie, co jednak nie oznacza przyznania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych niczym nieskrępowanego uznania w uwzględnieniu lub nieuwzględnieniu wniosku o wyrażenie tej zgody. Przyznana organowi rentowemu kompetencja powinna być wykonywana według sprawdzalnych, sprawiedliwych kryteriów. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, wyposażony w uprawnienie wyrażania zgody na opłacenie składki po terminie, powinien ujawnić, jakimi przesłankami kierował się odmawiając jej, a jego decyzja podlega merytorycznej ocenie sądu. Użyte w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej określenie „może” nie oznacza pełnej dowolności. Nie ma przy tym znaczenia, czy Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydaje odrębną decyzję, czy też rozstrzyga daną kwestię jako przesłankę wydania decyzji o określonej treści (np. o niepodleganiu dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu). W tym drugim przypadku, w razie poddania decyzji kontroli sądowej, badanie obejmuje wszystkie okoliczności, także te, które stanowiły przesłanki zaskarżonego rozstrzygnięcia. Sąd ubezpieczeń społecznych w ramach kontroli zapadłej decyzji nie jest związany ustaleniami faktycznymi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i dokonuje samodzielnych ustaleń w zakresie stanu faktycznego oraz ocenia zasadność wniosku złożonego przez ubezpieczonego (płatnika składek).

Lektura treści art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej ujawnia, że ustawodawca nie zdecydował się na zamknięty katalog okoliczności uzasadniających wyrażenie zgody. Tego rodzaju technika ustawodawcza jest prawidłowa, pozostawia bowiem orzecznictwu wypracowanie przesłanek, które w konkretnym stanie faktycznym będą obligowały do uwzględnienia żądania ubezpieczonego albo też będą dane żądanie czyniły bezzasadnym. Kardynalnego więc znaczenia nabiera dookreślenie okoliczności, które powinny być brane pod uwagę przy rozstrzygnięciu określonego stanu faktycznego. Niewątpliwie należy brać pod uwagę przebieg samego ubezpieczenia chorobowego. Skoro ubezpieczenie chorobowe osób prowadzących działalność gospodarczą ma dobrowolny charakter i jego powstanie uzależnione jest od woli samego ubezpieczonego, a warunkiem trwania tegoż ubezpieczenia jest terminowe opłacanie należnych z tego tytułu składek, to dotychczasowy sposób wywiązywania się płatnika z tego obowiązku nie pozostaje bez wpływu na ocenę zasadności żądania płatnika składek.

W tej mierze Sąd Apelacyjny zauważył, że ubezpieczona po zakończeniu zasiłku macierzyńskiego zgłosiła się do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia chorobowego od dnia 15 lipca 2016 r. Składkę na ubezpieczenie chorobowe za sierpień 2016 r. opłaciła dnia 14 października 2016 r. czyli 32 dni po terminie płatności. Za wrzesień 2016 r. składka została zapłacona dnia 14 października 2016 r. czyli 4 dni po terminie płatności. Ubezpieczona dwukrotnie zwracała się z wnioskami o wyrażenie zgody na opłacenie należnej składki na ubezpieczenie chorobowe (wnioski: z dnia 14 października 2016 r., z dnia 16 grudnia 2016 r.). Ponownie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego ubezpieczona zgłosiła się dnia 26 października 2016 r.

W kontekście istnienia obiektywnych okoliczności przemawiających na rzecz rekonstrukcji okresu ubezpieczenia chorobowego, Sąd Apelacyjny miał na uwadze opisany przebieg ubezpieczenia i realizację obowiązków odwołującej się. W tej sekwencji nie ma znaczenia moment uregulowania należności, a pośrednio ilość dni opóźnienia. Ważne są również przyczyny zaniechania uiszczenia składki. Jej waga może sanować kilkudniowe opóźnienie; z kolei błahy powód nie usprawiedliwia nawet krótkiego (jednodniowego) opóźnienia. Można też powiedzieć, że im krótszy moment

opłacenia składki po terminie, tym mniej ważkie przyczyny będą uzasadniały powrót do ubezpieczenia chorobowego. W tym ostatnim przypadku dopiero wektor zależności podmiotowo – przedmiotowych ujawnić może decydujące parametry. Wszak rzecz dotyczy profesjonalnego podmiotu, który prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą w myśl obowiązującej na dzień wydania zaskarżonej decyzji ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (jednolity tekst: Dz.U. 2017 r., poz. 2168 ze zm.). Immanentną cechą tej działalności jest jej zawodowy charakter, pozwalający odróżnić ją od czynności osoby fizycznej. Zatem przy ocenie jej działań wzorzec kontroli winien być podniesiony do poziomu wymaganej staranności, jaki towarzyszy profesjonalistom. Z drugiej strony także tego rodzaju podmiotom mogą przydarzyć się sytuacje, których w żaden sposób nie można przewidzieć, czy też są całkowicie niezależne od woli konkretnego podmiotu. Stąd w kontekście opisanego wyżej parametru trzeba ważyć przyczynę nieterminowego opłacenia danej składki, bowiem brak racjonalnego usprawiedliwienia wyklucza wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 sierpnia 2015 r., III UK 233/14, LEX nr 1784526). Ogólnie jako przyczyny uzasadniające wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie wskazać można: chorobę ubezpieczonego, nagły wyjazd, brak pieniędzy wywołany czynnikami niezależnymi od ubezpieczonego, siłę wyższą, wypadek losowy czy też inne okoliczności, które obiektywnie wyjaśniają, że zapłata składek w terminie była niemożliwa albo niezapłacenie ich w terminie było niezależne od woli ubezpieczonego, a samo niezapłacenie składek w terminie nie było spowodowane tylko zaniedbaniem (brakiem staranności) ubezpieczonego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 stycznia 2016 r., I UK 35/15, LEX nr 2004234). Ad casum rzecz sprowadza się do zaniechania opłacenia terminowego składek za sierpień i wrzesień 2016 r. w wyniku błędnej wykładni art. 18 ust. 9 i 10 ustawy systemowej i przyjęcia istnienia nadpłaty składek od lipca 2016 r.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego w okolicznościach rozpoznawanej sprawy nie można uznać, że zaniechanie zapłaty składek za sierpień i wrzesień 2016 r. w terminie, wyrażało wolę zaprzestania podlegania przez nią ubezpieczeniom, w tym ubezpieczeniu chorobowemu.

Nie mogło ująć uwadze Sądu Odwoławczego, że do września 2017 r. w orzecznictwie Sądów Apelacyjnych kształtowały się dwa kierunki interpretacji przepisów art. 18 ust. 9 i 10 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Pierwszy z nich, podzielony przez Sąd Okręgowy, prowadzi do wniosku, że w art. 18 ust. 9 i ust. 10 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych nie chodzi o zawężanie możliwości proporcjonalnego pomniejszenia jedynie najniższej podstawy wymiaru składek, ale podkreślenie, że nawet najniższa podstawa wymiaru podlega proporcjonalnemu pomniejszeniu. Sąd Apelacyjny w Białymstoku wyrokiem z dnia 11 maja 2016 r. w sprawie o sygnaturze akt III AUa 1293/15 (Legalis nr 1472363), Sąd Apelacyjny w Łodzi wyrokiem z dnia 19 lutego 2014 r. w sprawie o sygnaturze akt III AUa 705/13 (Legalis nr 831429), Sąd Apelacyjny w Rzeszowie wyrokiem z dnia 1 października 2014 r. w sprawie o sygnaturze akt III AUa 363/14 (Legalis nr 1080113), Sąd Apelacyjny w Katowicach wyrokiem z dnia 29 sierpnia 2013 r. w sprawie o sygnaturze akt III AUa 2257/12 (Legalis nr 740665) uznały, że regulacja art. 18 ust. 8 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych nie odbiera ubezpieczonym, którzy zadeklarowali składkę na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w rozmiarze przekraczającym ustawowe minimum, prawa do proporcjonalnego zmniejszenia podstawy wymiaru składki w miesiącu, w którym nastąpiło objęcie ubezpieczeniem, bądź w przypadku niezdolności do pracy trwającej przez część miesiąca. Skoro prawo takie zachowują osoby deklarujące minimalną podstawę wymiaru składek, to tym bardziej winni z niego korzystać także ubezpieczeni wnoszący składki wyższe od minimalnych.

Drugi kierunek odnosi się do literalnej interpretacji art. 18 ust. 9 i ust. 10 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 19 grudnia 2016 r. w sprawie o sygnaturze akt III AUa 1347/15 wyraził pogląd, zgodnie z którym art. 18 ust. 8 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych pozwala osobom prowadzącym pozarolniczą działalność samodzielnie określać i deklarować wysokość podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, zakreślając jedynie jej dolną granicę. W przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą obowiązek opłacania składek na ubezpieczenia społeczne i ich wysokość nie są powiązane z osiągniętym faktycznie przychodem, lecz wyłącznie z istnieniem obowiązkowego tytułu podlegania ubezpieczeniom i zadeklarowaną przez ubezpieczonego kwotą, niezależnie od tego, czy ubezpieczony osiąga przychody i w jakiej wysokości. Po stronie osoby prowadzącej pozarolniczą działalność istnieje zatem uprawnienie do zadeklarowania w granicach zakreślonych ustawą dowolnej kwoty jako podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, jedynie

nie niższej niż wskazana w art. 18 ust. 8 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, czy w art. 18a ust. 1 tej ustawy, wobec czego sposób w jaki ubezpieczony realizuje to uprawnienie zależy wyłącznie od decyzji tej osoby. Ograniczenie co do maksymalnej miesięcznej wysokości podstawy wymiaru składek obowiązuje jedynie w odniesieniu do podstawy wymiaru składek deklarowanych na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe, wskazane w art. 20 ust. 3 powołanej ustawy. Sąd ten stwierdził również, że z art. 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych nie da się wyprowadzić zakazu wprowadzania różnicowania sytuacji osób deklarujących i opłacających składki w kwocie wyższej niż minimalna i osób opłacających składki od minimalnej podstawy wymiaru, a w konsekwencji różnicowania możliwości zmniejszania zadeklarowanej podstawy wymiaru (wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 19 grudnia 2016 r., III AUa 1347/15). Podobne stanowisko zajął Sąd Apelacyjny w Gdańsku w wyroku z dnia 19 lipca 2016 r. w sprawie o sygnaturze akt III AUa 350/16.

Najnowsze orzecznictwo Sądu Najwyższego przychyliło się do drugiego z poglądów, jednakże wobec rozbieżności w judykaturze, wnioskodawczyni nie uiszczała w terminie składki na ubezpieczenie za sierpień i wrzesień 2016 r., pozostawała w przekonaniu, że przysługuje jej prawo do zmniejszenia podstawy wymiaru składek w związku z niezdolnością do pracy. To z powodu błędnego ustalenia wysokości należnych składek i przyjęcia istnienia nadpłaty składek, składki za sierpień i wrzesień 2016 r. opłacone zostały po terminie. Wnioskodawczyni wskazując, że nieopłacenie składek w terminie nie było wyrazem wystąpienia z ubezpieczenia, wystąpiła do organu rentowego z wnioskami o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie.

Jak wyjaśniał Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 8 grudnia 2015 r., II UK 443/14 (Legalis, Numer: 396477) „Jeżeli nie ma wątpliwości, że ubezpieczenie ustaje zawsze, gdy składka nie jest opłacona, musi zdecydować ocena, czy przyczyna ustania ubezpieczenia leży w niezasileniu funduszu ubezpieczeniowego, w wywołaniu w nim braku, czy jest wynikiem woli osoby ubezpieczonej jako rezygnacji z ubezpieczenia. Oczywiście, przyczyny wynikające z systemu zdefiniowanej składki i dobrowolności ubezpieczenia zbiegają się, jednak za przeważającą trzeba przyjąć wolę ubezpieczonego. Brak składki wpływa na prawo do świadczeń przyszłych, tymczasem opłacanie składki stwarza domniemanie woli powstania i trwania ubezpieczenia dobrowolnego. Zaprzestanie opłacania składki należy potraktować jako wyraz dorozumianego wystąpienia z ubezpieczenia a contrario, gdy przystąpienie do opłacania składek uważa się za dorozumiane złożenie wniosku o objęcie ubezpieczeniem dobrowolnym (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 27 czerwca 2001 r., II UKN 439/00, OSNP 2003 Nr 7, poz. 181, z dnia 3 lutego 1989 r., II URN 299/99, oraz z dnia 16 sierpnia 2005 r., I UK 376/04, OSNP 2006 nr 11-12, poz. 195, z aprobowaną glosą I. Sierockiej, OSP 2007 nr 7-8, poz. 95). Ustanie ubezpieczenia chorobowego wiąże się więc z elementem woli ubezpieczonego co do trwania ubezpieczenia, która jest podstawą ubezpieczenia. Ustanie ubezpieczenia ze względu na nieopłacenie składki nie może być uznawane za jakiś szczególny rodzaj kary.

Sąd Apelacyjny przyjął, że ubezpieczona nie wyraziła woli wyłączenia jej z dobrowolnego ubezpieczenia przez zaniechanie opłacenia składek za sierpień i wrzesień 2016 r., albowiem jej zachowanie wskazywało na zamiar osiągnięcia innego skutku, co wprost uzewnętrzniła, wnosząc dwukrotnie (14 października 2016 r. i 16 grudnia 2016 r.) o wyrażenie zgody na opłacenie składek za sierpień i wrzesień 2016 r. po terminie, wskazując przyczyny takiego stanu rzeczy oraz uiszczając należne składki.

Przepis art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej nie powinien być traktowany z nadmiernym rygoryzmem - w tym znaczeniu, że niejako automatycznie prowadzi do wyłączenia z ubezpieczenia, bez względu na okoliczności. Przepis ten nie wymaga, aby dany przypadek był wyjątkowy i szczególnie uzasadniony, a przez przypadek uzasadniony rozumieć należy taki, który obiektywnie usprawiedliwia i tłumaczy, dlaczego składka nie została należycie opłacona (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 21 kwietnia 2015 r., III AUa 943/14, LEX nr 1747276). Trzeba zatem wziąć pod uwagę te szczególne wypadki, gdy z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego w danym miesiącu uiszczenie składki nie następuje. Jest to tym bardziej uzasadnione, gdy niedopatrzenie to zostaje naprawione, nie ma ono charakteru działania specjalnego, mającego niejako "oszukać" system ubezpieczeń społecznych, a ponadto w historii płatnika zdarzenie to jest jednorazowe (wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 22 lipca 2015 r., III AUa 387/15, LEX nr 1770999).

W przypadku odwołującej się uchybienie terminu do uiszczenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za sierpień i wrzesień 2013 r. było spowodowane przekonaniem o istniejącej nadpłacie składek na skutek interpretacji art. 18 ust. 9 i ust. 10 ustawy systemowej, która znajdowała potwierdzenie w orzecznictwie niektórych sądów powszechnych. Nie było zatem następstwem niedbalstwa ubezpieczonej ani skutkiem nieprzykładania przez nią należytej staranności do własnych, życiowo ważnych spraw.

W ocenie Apelacyjnego - wbrew zarzutom apelacji - nie można przypisać Sądowi Okręgowemu ani naruszenia prawa procesowego ani błędnej wykładni art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej ani niewłaściwego zastosowania tego przepisu do ustalonego w sprawie stanu faktycznego.

W tym stanie rzeczy, Sąd Apelacyjny na mocy art. 385 k.p.c., orzekł, jak w sentencji.

SSA Iwona Krzeczowska-Lasoń SSA Lucyna Ramlo SSA Grażyna Czyżak