

Sygn. akt III AUa 1102/19

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 grudnia 2020 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący: SSA Alicja Podlewska

Sędziowie: SA Maciej Piankowski

SA Lucyna Ramlo

po rozpoznaniu w dniu 17 grudnia 2020 r. w Gdańsku

na posiedzeniu niejawnym

sprawy Z. P.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G.

o ubezpieczenie chorobowe

na skutek apelacji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G.

od wyroku Sądu Okręgowego w Gdańsku VII Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 19 czerwca 2019 r. sygn. akt VII U 2449/19

I. oddala apelację;

II. zasądza od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. na rzecz Z.

P. kwotę 240,00 (dwieście czterdzieści 00/100) złotych tytułem zwrotu kosztów

zastępstwa procesowego za II instancję.

SSA Maciej Piankowski SSA Alicja Podlewska SSA Lucyna Ramlo

Sygn. akt III AUa 1102/19

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 8 lutego 2019 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych w G. stwierdził, że Z. P. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu w okresach: od dnia 5 grudnia 2014 r. do dnia 31 grudnia 2016 r., od dnia 2 marca 2017 r. do dnia 30 listopada 2017 r., od dnia 1 stycznia 2018 r. do dnia 31 marca 2018 r.

Od decyzji odwołanie wniosła ubezpieczona wnosząc o jej zmianę poprzez uznanie, że podlegała obowiązkowemu ubezpieczeniu chorobowemu w spornym okresie oraz zasądzenie od organu rentowego na jej rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa według norm przepisanych. Wskazała, iż składka za grudzień 2017 r. płatna do dnia 15 stycznia

2018 r. została opłacona w tym dniu, jednakże bank zaksięgował płatność dopiero w dniu następnym. Jeśli chodzi zaś o składkę za kwiecień 2018 r., to nie została ona opłacona w terminie, co wiązało się z problemami zdrowotnymi, bowiem ubezpieczona poroniła.

Organ rentowy w odpowiedzi na odwołanie wniósł o jego odrzucenie w związku z przekroczeniem 30 - dniowego terminu, ewentualnie jego oddalenie podtrzymując uzasadnienie zawarte w zaskarżonej decyzji. Zgłoszono także wnioszek o zasądzenie kosztów postępowania na rzecz organu rentowego według norm prawem przepisanych.

W piśmie procesowym z dnia 20 maja 2019 r. pełnomocnik ubezpieczonej wskazał, iż decyzja z dnia 8 lutego 2019 r. nigdy nie została skarżącej prawidłowo doręczona. Ubezpieczona zamieszkuje przy ul. (...) w G., a decyzja została doręczona na adres ul. (...) S.. Ubezpieczona przebywała w tym czasie na zwolnieniu lekarskim.

Sąd Okręgowy w Gdańsku VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie VII U 2449/19 zmienił zaskarżoną decyzję i ustalił, iż ubezpieczona Z. P. z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od dnia 1 grudnia 2017 r. do dnia 31 grudnia 2017 r. oraz od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 31 grudnia 2018 r. (punkt pierwszy) oraz zasądził od pozwanego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. na rzecz ubezpieczonej Z. P. kwotę 180 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego (punkt drugi).

Podstawę tego rozstrzygnięcia stanowiły następujące ustalenia i rozważania Sądu pierwszej instancji. Z. P. prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą od dnia 5 grudnia 2014 r. pod firmą (...) z siedzibą przy ul. (...) w S. i zgłosiła się do obowiązkowych ubezpieczeń emerytalnego rentowego, wypadkowego, zdrowotnego oraz dobrowolnego chorobowego w okresie od dnia 5 grudnia 2014 r. do dnia 31 grudnia 2016 r. oraz w okresie od dnia 2 marca 2017 r. do nadal. W okresie od dnia 1 listopada 2018 r. ubezpieczona była niezdolna do pracy w związku z chorobą. Kolejnymi decyzjami z dnia 3 grudnia 2018 r., 19 grudnia 2018 r., 28 grudnia 2018 r., 23 stycznia 2019 r., 27 lutego 2019 r., 27 marca 2019 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych oddział w G. odmówił ubezpieczonej prawa do zasiłku chorobowego za łączny okres od dnia 23 listopada 2018 r. do dnia 1 kwietnia 2019 r. wskazując, iż za grudzień 2017 r. oraz od kwietnia 2018 r. do września 2018 r. nie zostały opłacone składki w terminie, zaś za październik 2018 r. została opłacona składka w niepełnej wysokości. Składka na ubezpieczenia społeczne, w tym dobrowolne chorobowe za miesiąc grudzień 2017 r. została uwzględniona przez ZUS dnia 16 stycznia 2018 r. Ubezpieczona wprowadziła dyspozycję przelewu dnia 15 grudnia 2018 r. o godz. 23.26, która została zaksięgowana dnia 16 stycznia 2018 r. w kwocie 4.218,80 zł. Zlecenia płatnicze w Banku (...) realizowane na rachunki w innych bankach, a przyjęte do realizacji po godz. 20 realizowane są w najbliższym dniu. Cięża ubezpieczonej była zagrożona. Na przełomie lutego i marca 2018 r. ubezpieczona poroniła, następstwem czego był jej zły stan psychiczny. Nie była ona zdolna do samodzielnego prowadzenia działalności – pomagał jej mąż. Składka za kwiecień 2018 r. częściowo została zapłacona w dniu 5 czerwca 2018 r. (l. dni zwłoki -21) i dopłacono brakującą kwotę 16 lipca 2018 r. (l. dni zwłoki - 62), czyli po ustawowym terminie płatności. Pismem z dnia 4 grudnia 2018 r. ubezpieczona zwróciła się do ZUS z prośbą o wyrażenie zgody na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe wskazując, iż składka za grudzień, co prawda została opłacona po terminie, ale nie wynikało to ze złej woli, a składka za kwiecień została uregulowana w grudniu 4 grudnia 2018 r., co zaburzyło płatność za kolejne okresy. Wniosek został rozpatrzony negatywnie decyzją z dnia 3 stycznia 2019 r. Wskazano, iż za negatywnym rozpatrzeniem wniosku przemawia fakt, iż niezachowanie terminu płatności za miesiąc kwiecień 2017 r. nie było zjawiskiem incydentalnym. Aktualnie ubezpieczona nie posiada zaległości składkowych. Pozwany w dniu 8 lutego 2019 r. wydał zaskarżoną decyzję. Decyzja została wysłana na adres ul. (...) S. i odebrana przez rodziców ubezpieczonej dnia 12 lutego 2019 r.

Sąd Okręgowy w pierwszej kolejności odniósł się do kwestii uchybienia terminu przy wniesieniu odwołania od decyzji mając na względzie art. 477⁹ § 1 i § 3 k.p.c. oraz art. 42 § 1 i art. 43 k.p.a. Sąd I instancji wskazał, że decyzja została doręczona dnia 12 lutego 2018 r. na adres ul. (...) S.. Przedmiotową decyzję odebrali rodzice ubezpieczonej. Ubezpieczona w tym czasie przebywała na zwolnieniu chorobowym i nie kontaktowała się codziennie z rodzicami. Wprawdzie w trakcie zeznań przed Sądem wskazywała, iż decyzję rodzice przekazali jej „niezwłocznie” jednakże ciężko aktualnie ustalić rzeczywistą datę jej doręczenia. Ubezpieczona w lutym 2018 r. była w zagrożonej ciąży, a na przełomie

lutego i marca 2018 r. poroniła. Mając powyższe na względzie w ocenie Sądu Okręgowego przekroczenie terminu nie jest nadmierne i nastąpiło z przyczyn niezależnych od ubezpieczonej, zwłaszcza w kontekście tego, iż zostało złożone zaledwie z 1 dniowym opóźnieniem. Niekwestionowanym jest, iż przesyłka nie została przez ubezpieczoną odebrana - odebrali ją jej rodzice. Ubezpieczona w tym czasie pochłonięta była problemami zdrowotnymi związanymi z zagrożoną ciążą. Tym samym zdaniem Sądu I instancji przekroczenie terminu nie jest nadmierne oraz nastąpiło z przyczyn niezależnych od ubezpieczonej. Sąd Okręgowy w rozważaniach prawnych odwołał się do treści art. 6 ust 1 pkt 5, art. 11 ust. 2, art. 14 ust. 1 i 2, art. 47 ust. 1 pkt 1 i 4-4b ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 266; dalej ustawa systemowa) wskazując, że spór w niniejszej sprawie koncentrował się wokół kwestii istnienia przesłanek uzasadniających wyrażenie przez organ rentowy zgody na opłacenie przez ubezpieczoną składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej. W niniejszym postępowaniu organ rentowy podkreślał, iż ubezpieczona dwukrotnie uchybiła terminowi dokonania płatności składki na ubezpieczenia chorobowe. Jak ustalił Sąd Okręgowy - składka na ubezpieczenia społeczne, w tym dobrowolne chorobowe za miesiąc grudzień 2017 r. została uwzględniona przez ZUS dnia 16 stycznia 2018 r. Ubezpieczona wprowadziła dyspozycję przelewu dnia 15 grudnia 2018 r. o godz. 23.26, która została zaksięgowana dnia 16 stycznia 2018 r. w kwocie 4.218,80 zł. Zlecenia płatnicze w Banku (...) realizowane na rachunki w innych bankach, a przyjęte do realizacji po godz. 20 realizowane są w najbliższym dniu. W niniejszej sprawie na względzie należy mieć art. 60 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Ordynacja podatkowa w zw. z art. 31 ustawy systemowej, w którym za termin dokonania zapłaty w obrocie bezgotówkowym uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego podatnika (w tym przypadku płatnika składek). Chwilą decydującą o tym, czy składka na ubezpieczenie chorobowe wnioskodawczyni za miesiąc grudzień 2017 r. została zapłacona w terminie, była chwila wprowadzenia przez odwołującą do realizacji przelewów za pośrednictwem elektronicznych kanałów dostępu – obciążenia jej rachunku - a nie moment jego księgowania – realizacji. Skoro zatem skarżąca wykonała polecenia przelewów w dniu 15 stycznia 2018 r., tj. ostatniego dnia, w którym składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe należało terminowo uiścić, skutkowało to już w tym dniu obciążeniem jej rachunku bankowego kwotą wymienioną w poleceniu. Wobec powyższego zarówno wnioski odwołującej się o wyrażenie zgody na zapłacenie składki po terminie, jak również odmowę pozwanego wywołaną tymże wnioskiem należało uznać za bezprzedmiotowe, albowiem składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc grudzień 2017 r. uiściła w przepisany terminie. Jednakże, gdyby nawet przyjąć stanowisko ZUS, iż terminem opłacenia spornych składek była data wpłynięcia środków (data zaksięgowania) na koncie Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, to należy uznać, iż w przypadku odwołującej się wystąpiły okoliczności dostatecznie uzasadniające i usprawiedliwione przywrócenie jej terminu do opłacenia przedmiotowych składek za miesiąc grudzień 2017 r. W niniejszej sprawie jest to tym bardziej uzasadnione, albowiem nie miało ono charakteru działania specjalnego, mającego niejako oszukać system ubezpieczeń społecznych. Składka na ubezpieczenia społeczne, w tym dobrowolne chorobowe za miesiąc kwiecień 2018 r. została częściowo zapłacona w dniu 5 czerwca 2018 r. i dopłacono brakującą kwotę 16 lipca 2018 r., czyli po ustawowym terminie płatności. Na przełomie lutego i marca 2018 r. ubezpieczona poroniła. Niewątpliwie była w związku z tym w ciężkim stanie psychicznym i jak sama podkreślała - nie była nawet w stanie samodzielnie prowadzić działalności. Zdaniem Sądu I instancji w takich okolicznościach sprawy istnieją podstawy do uwzględnienia wniosku o opłacenie składki po terminie. Konsekwencje nieuwzględnienia przedmiotowego wniosku o wyrażenie zgody na zapłatę składki po terminie są dla skarżącej szczególnie dotkliwe, gdyż oznaczają ustanie stosunku dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego oraz utratę prawa do zasiłku chorobowego. Mając na uwadze powyższe rozważania Sąd I instancji na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. w związku z cytowanymi wyżej przepisami orzekł, jak w punkcie pierwszym sentencji. W punkcie drugim sentencji wyroku Sąd Okręgowy orzekł o kosztach procesu, mając na względzie zasadę odpowiedzialności za jego wynik, zasądzając na podstawie art. 98 k.p.c. w zw. z § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 265).

Apelację od wyroku wywiódł organ rentowy zaskarżając go w części (do co okresu od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 31 grudnia 2018 r. podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu oraz w zakresie kosztów zastępstwa procesowego) zarzucając mu naruszenie:

- prawa materialnego, tj. art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej poprzez uznanie przez Sąd I instancji, że zachodziły podstawy do uwzględnienia wniosku o opłacenie składek za okres od 04/2018 r. do 12/2018 r. po terminie, zaś okoliczności sprawy nie uzasadniały uwzględnienia wniosku,

- prawa procesowego, tj. art. 233 § 1 k.p.c., co miało wpływ na wynik sprawy polegające na dowolnej, a nie swobodnej ocenie zebranego w sprawie materiału dowodowego, w sposób sprzeczny z zasadami logiki oraz doświadczenia życiowego, co miało wpływ na wynik sprawy w postaci uznania przez Sąd I

instancji, że skarżąca nie uregulowała składek w terminie z powodu ciężkiego stanu psychicznego związanego z poronieniem na przełomie lutego i marca 2018 r., jednocześnie pomijając fakt, że - w okresie kiedy miało dojść do poronienia skarżąca opłaciła składki prawidłowo, skarżąca nie uregulowała składek w prawidłowej wysokości za okres od kwietnia 2018 r. do października 2018 r., co trudno uznać za uchybienie związane z poronieniem – co skutkowało błędem w ustaleniach faktycznych, a w konsekwencji uwzględnieniem odwołania,

b) art 102 k.p.c. poprzez jego niezastosowanie, pomimo istnienia podstaw do nieobciążania organu rentowego kosztami zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Mając na względzie powyższe pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w zaskarżonej części poprzez oddalenie odwołania w zakresie żądania ustalenia, że skarżąca z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 31 grudnia 2018 r. oraz o zasądzenie od ubezpieczonej na rzecz organu rentowego kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych w postępowaniu apelacyjnym. Ewentualnie wniósł o uchylenie wyroku w zaskarżonej części oraz przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania, pozostawiając temu sądowi rozstrzygnięcie o kosztach.

W uzasadnieniu apelacji organ rentowy przedstawił argumenty na poparcie wskazanych zarzutów.

Ubezpieczona w odpowiedzi na apelację wniosła o jej oddalenie i zasądzenie od pozwanego na jej rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego za postępowanie apelacyjne.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja organu rentowego nie zasługiwała na uwzględnienie.

Przedmiotem sporu na etapie postępowania apelacyjnego pozostawało, czy Z. P. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 31 grudnia 2018 r.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego dokonana przez Sąd Okręgowy ocena mieści się w granicach statuowanych treścią art. 233 k.p.c. i nie wzruszają jej zarzuty apelacji.

Zgodnie z art. 233 § 1 k.p.c. Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Taka ocena dokonywana jest na podstawie przekonań sądu, jego wiedzy i posiadanego doświadczenia życiowego, a ponadto powinna uwzględniać wymagania prawa procesowego oraz reguły logicznego myślenia, według których Sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i – wążąc ich moc oraz wiarygodność – odnosi je do pozostałego materiału dowodowego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 czerwca 1999 r., II UKN 685/98, OSNP 2000/17/655, LEX nr 41437). W razie przekroczenia naruszenia przez Sąd I instancji przepisu art. 233 § 1 k.p.c. wadliwa jest przeprowadzona przez Sąd ocena dowodów, a także będące jej konsekwencją ustalenie stanu faktycznego i jego subsumowanie pod określony przepis prawa.

Nadto, jeżeli z określonego materiału dowodowego Sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena Sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.) i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne.

Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami, lub gdy wnioskowanie Sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo - skutkowych, to przeprowadzona przez Sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu, I ACa 513/05, LEX nr 186115).

Dla skuteczności zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. nie wystarcza stwierdzenie o wadliwości dokonanych ustaleń faktycznych, odwołujące się do stanu faktycznego, który w przekonaniu skarżącego odpowiada rzeczywistości. Konieczne jest tu wskazanie przyczyn dyskwalifikujących postępowanie sądu w tym zakresie. W szczególności strona skarżąca powinna wskazać, jakie kryteria oceny naruszył sąd przy ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłuszne im je przyznając (tak Sąd Najwyższy m.in. w orzeczeniach z dnia: 23 stycznia 2001 r., IV CKN 970/00, LEX nr 52753; 12 kwietnia 2001 r., II CKN 588/99, LEX nr 52347; 10 stycznia 2002 r., II CKN 572/99, LEX nr 53136).

Skuteczne postawienie zarzutu naruszenia przez sąd przepisu art. 233 § 1 k.p.c. wymaga wykazania, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego. Nie jest wystarczające jedynie przekonanie o innej niż przyjął sąd wadze (doniosłości) poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie niż ocena sądu (por. orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 6 listopada 1998 r., II CKN 4/98, niepubl.).

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, wbrew twierdzeniom pozwanego, zarzut naruszenia art. 233 k.p.c. był niezasadny. Sąd Okręgowy prawidłowo uznał, że zachodziły podstawy do uwzględnienia wniosku ubezpieczonej do opłacenie składek za okres kwiecień 2018 r. – grudzień 2018 r. po terminie. Poza sporem jest, że na przełomie lutego i marca 2018 r. ubezpieczona poroniła. Zły stan psychiczny w jakim znalazła się ubezpieczona w konsekwencji poronienia, a którego pozwany w toku postępowania I instancyjnego nie kwestionował, niewątpliwie uzasadnia to, że jak wyjaśniła ubezpieczona, po tym zdarzeniu nie była w stanie samodzielnie prowadzić działalności gospodarczej. Fakt ten potwierdził również zgromadzony w sprawie materiał dowodowy. Organ rentowy nie kwestionował wskazanych przez ubezpieczoną faktów. Okoliczność, że ubezpieczona po stracie dziecka znajdowała się w trudnym stanie psychicznym niewątpliwie uzasadnia przywrócenie jej terminu do uiszczenia składek na ubezpieczenie chorobowe, nawet jeżeli bezpośrednio po poronieniu część składek zapłaciła w terminie i niezależnie od tego, że z uwagi na stan ubezpieczonej jej mąż próbował zastąpić ją w prowadzeniu działalności. Zasady doświadczenia życiowego wskazują, że kobieta po stracie dziecka odczuwa gorsze samopoczucie psychiczne, zdarza się, że cierpi na zaburzenia depresyjne, depresję. Zły stan psychiczny może mieć też różne natężenie w czasie.

Zatem w ocenie Sądu Apelacyjnego Sąd Okręgowy w sposób prawidłowy ustalił stan faktyczny w oparciu o zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, zaś w swych ustaleniach i wnioskach nie wykroczył 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, które uzasadniałyby zmianę bądź uchylenie rozstrzygnięcia. Całość istotnych dla rozstrzygnięcia ustaleń faktycznych Sądu I instancji przedstawiona w pisemnym uzasadnieniu wyroku zasługuje na akceptację. Ustalenia te jako prawidłowe, a nadto nie wymagające zmiany ani uzupełnienia Sąd Apelacyjny przyjmuje za własne (art. 387 § 2¹ pkt 1 k.p.c.). Sąd Odwoławczy w pełni podziela także ocenę prawną, jakiej dokonał Sąd pierwszej instancji, uznając ją za wyczerpującą. Przyjmując za własne dokonane w tym zakresie oceny Sądu I instancji, Sąd Odwoławczy nie widzi potrzeby powtarzania w całości trafnego wyводу prawnego (art. 387 § 2¹ pkt 2 k.p.c.).

Sąd II instancji uznał, że także podniesiony przez pozwanego zarzut naruszenia prawa materialnego okazał się niezasadny.

Przepis art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 266 ze zm.; dalej ustawa systemowa) wskazuje krąg podmiotów podlegających dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, stanowiąc, iż na swój wniosek podlegają temu ubezpieczeniu osoby objęte obowiązkowo

ubezpieczeniami emerytalnym i rentowym wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5 (osoby prowadzące pozarolniczą działalność oraz osoby z nimi współpracujące), 7b, 8 i 10.

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. Artykuł 14 ust. 1a ustawy systemowej stanowi, 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 (zgłoszeń, o których mowa w ust. 2 i 3, dokonuje się w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4a, 5, 5a i 9a). Zgodnie z art. 14 ust. 2 ustawy systemowej 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.

W świetle powołanych przepisów, koniecznym warunkiem objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym i podlegania mu jest terminowe opłacanie składek należnych na to ubezpieczenie. W pojęciu „nieopłacenia w terminie składki należnej na ubezpieczenie” mieszczą się zaś trzy sytuacje: niepłacenie w ogóle w terminie składki za dany miesiąc, opłacenie składki w terminie, ale w niepełnej wysokości oraz opłacenie składki w pełnej wysokości, lecz po terminie. Ustawodawca uznał zatem, że osoba składająca wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym i oczekująca świadczeń od organu rentowego, zobowiązana jest do opłacania składki na to ubezpieczenie w terminie i we właściwej wysokości. Zaistnienie którejś ze wskazanych wyżej sytuacji powoduje - z mocy art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej - ustanie tegoż ubezpieczenia. Wyrażenie przez organ rentowy zgody na opłacenie składki po terminie sprawia natomiast, że pomimo, iż składka nie została uiszczona w terminie, dobrowolne ubezpieczenie nie ustaje. Opłacenie składki po upływie terminu, w którym powinna być opłacona i ustanie w związku z tym dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego nie powoduje ponownego nawiązania stosunku ubezpieczenia (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 maja 2012 r., I UK 408/11, niepub.), niemniej jednak w razie złożenia wniosku o przywrócenie terminu do opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie społeczne, pozytywna decyzja organu rentowego powoduje kontynuowanie dotychczasowego stosunku ubezpieczenia pod warunkiem opłacenia należnych składek, natomiast negatywna decyzja potwierdza ustanie z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia społecznego i może być zaskarżona w sądowym postępowaniu odwoławczym (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00, OSNP 2003 Nr 10, poz. 257). Jak wyjaśniał Sąd Apelacyjny w Białymstoku w uzasadnieniu wyroku z dnia 24 czerwca 2020 r., III AUa 1077/19, LEX nr 3062022, stosownie do art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, w uzasadnionych przypadkach ZUS na wniosek ubezpieczonego może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie. Chociaż w powołanym przepisie przesłanki wyrażenia zgody przez ZUS na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie nie zostały określone, to należy przyjąć, że przesłankami tymi są okoliczności związane z przebiegiem samego ubezpieczenia chorobowego i przyczynami uchybienia terminu do opłacenia składki. Skoro ubezpieczenie chorobowe osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą ma dobrowolny charakter i jego powstanie uzależnione jest od woli samego ubezpieczonego, a warunkiem trwania tego ubezpieczenia jest terminowe opłacanie należnych z tego tytułu składek, to dotychczasowy sposób wywiązywania się płatnika z tego obowiązku (opłacania składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe) nie pozostaje bez wpływu na ocenę zasadności wniosku o przywrócenie uchybionego terminu. Jest to jednak tylko jeden z aspektów sprawy, który powinien być analizowany w powiązaniu z pozostałymi okolicznościami, a przede wszystkim przyczynami nieterminowego opłacenia danej składki (por. wyrok Sądu Najwyższego z 6 sierpnia 2015 r., III UK 233/14, LEX nr 1784526). W orzecnictwie Sądu Najwyższego i sądów powszechnych jako przyczyny uzasadniające wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie w rozumieniu art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej wskazuje się m.in. 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. Przepis art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej nie może być traktowany z nadmiernym rygoryzmem. Ustawodawca nie wymaga, aby przywrócenie terminu do opłacenia składki następowało wyłącznie w przypadku wyjątkowym, szczególnie uzasadnionym. Przez przypadek uzasadniony należy więc rozumieć taki, który obiektywnie usprawiedliwia i tłumaczy, dlaczego składka nie została w terminie opłacona w należnej wysokości (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 stycznia 2016 r., I UK 35/15, wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 13 listopada 2018 r., III AUa 681/18, LEX nr 2586097, wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 16 maja 2018 r., III AUa 953/17, LEX nr 2501286).

Mając na uwadze takie okoliczności, jak dotychczasowy przebieg ubezpieczenia ubezpieczonej (podleganie ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej od grudnia 2014 r.), dotychczasowa terminowość opłacania przez ubezpieczoną składek na dobrowolne ubezpieczenia chorobowe, aktualnie niezaleganie z opłatą składek, nie było podstaw do uznania przez organ rentowy, że zła kondycja psychiczna ubezpieczonej związana z poronieniem nie stanowi „uzasadnionego przypadku”, w rozumieniu art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, uzasadniającego wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie.

Zatem zaskarżone rozstrzygnięcie Sądu Okręgowego jest prawidłowe w zakresie zmiany zaskarżonej decyzji, jak i rozstrzygnięcia o kosztach zastępstwa procesowego. Nie można podzielić zasadności podniesionego przez pozwanego zarzutu naruszenia art. 102 k.p.c. W niniejszej sprawie nie zachodziły podstawy do nieobciążania organu rentowego kosztami zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Zaskarżona decyzja była konsekwencją zbyt rygorystycznego podejścia pozwanego do wniosku ubezpieczonej o opłacenie składki po terminie. Ubezpieczona skorzystała z przysługującego jej prawa i złożyła odwołanie od decyzji, które okazało się zasadne i w związku z tym należało zasądzić od pozwanego – jako strony przegrywającej – na rzecz wnioskodawczyni zwrot kosztów zastępstwa procesowego.

Mając na uwadze powyższe Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. orzekł, jak w punkcie pierwszym sentencji wyroku.

O zwrocie kosztów zastępstwa procesowego za II instancję Sąd Apelacyjny orzekł w punkcie drugim wyroku uwzględniając zasadę odpowiedzialności za wynik procesu – art. 98 § 1 i 3 k.p.c., art. 99 k.p.c. oraz art. 108 zd. 1 k.p.c. w zw. z § 9 ust. 2 i § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 265) zasądając od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. na rzecz Z. P. kwotę 240 zł.

SSA Maciej Piankowski SSA Alicja Podlewska SSA Lucyna Ramlo