

Sygn. akt **III AUa 513/17**

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 2 października 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Poznaniu III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący: SSA Marta Sawińska (spr.)

Sędziowie: SSA Jolanta Cierpiał

del. SSO Roman Walewski

Protokolant: st.sekr.sąd. Emilia Wielgus

po rozpoznaniu w dniu 2 października 2018 r. w Poznaniu

sprawy **P. W. (1)**

przeciwko **Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w P.**

o podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu

na skutek apelacji P. W. (1)

od wyroku Sądu Okręgowego w Poznaniu

z dnia 31 stycznia 2017 r. sygn. akt VII U 3746/16

- 1. zmienia zaskarżony wyrok oraz poprzedzającą go decyzję i stwierdza, że P. W. (1) z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu nadal od 1 lipca 2015r.;**
- 2. zasądza od pozwanego na rzecz P. W. (1) kwotę 120 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania przed Sądem I instancji;**
- 3. zasądza od pozwanego na rzecz P. W. (1) kwotę 4080 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.**

del. SSO Roman Walewski	SSA Marta Sawińska	SSA Jolanta Cierpiał
-------------------------	--------------------	----------------------

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 16.12.2015 r. o znaku (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w P., na podstawie przepisów art. 83 ust. 1 pkt 1, art. 14 ust. 1 i ust. 2 pkt 2, art. 36 ust. 4 i ust. 11, art. 41 ust. 1, art. 47 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 121 ze zm.) stwierdził, że P. W. (1) z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 1.05.2015 r. do 30.06.2015 r.

Od powyższej decyzji odwołanie wywiodła ubezpieczona P. W. (1), reprezentowana przez fachowego pełnomocnika, zaskarżając ją w całości i wnosząc o jej zmianę poprzez stwierdzenie, że odwołująca podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności od 1.05.2015 r. do nadal.

Wyrokiem z dnia 31.01.2017 r., wydanym w sprawie o sygnaturze akt VII U 3764/16, Sąd Okręgowy w Poznaniu, VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, oddalił odwołanie.

Podstawę rozstrzygnięcia Sądu I instancji stanowiły następujące ustalenia faktyczne i rozważania prawne:

P. W. (1), ur. (...), z zawodu jest fryzjerką. W przeszłości odwołująca krótko pracowała w zawodzie w salonie fryzjerskim i na produkcji w przedsiębiorstwie (...) w P.. W 2010 r. odwołująca urodziła córkę H., a w 2013 r. – drugą córkę A.. H. W. legitymuje się orzeczeniem o niepełnosprawności na okres od 25.03.2015 r. do 30.04.2016 r.

W dniu 30.04.2015 r. P. W. (1) zawarła umowę ze Starostą P., reprezentowanym przez Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w P., o dofinansowanie kwotą 20.000 zł ze środków Funduszu Pracy na podstawie przepisów ustawy z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, na podjęcie i prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie sprzedaży internetowej odzieży – sprzedaż detaliczna prowadzona przez dom sprzedaży wysyłkowej lub internet.

Z dniem 1.05.2015 r. P. W. (1), będąc w ciąży, zarejestrowała działalność gospodarczą pod firmą (...) z siedzibą w P., której przedmiotem jest wysyłkowa sprzedaż detaliczna. Za 2015 r. odwołująca zadeklarowała przed organem podatkowym przychód z tytułu działalności w kwocie 2.032,52 zł.

W dniu 7.05.2015 r. P. W. (1) dokonała zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, wypadkowego oraz dobrowolnego chorobowego w dokumencie (...), w terminie ustawowym.

W dniu 11.05.2015 r. odwołująca zawarła dwie umowy z P. W. (2), prowadzącym działalność pod firmą Pogotowie (...), na wykonanie i aktualizację strony internetowej w domenie (...) oraz na wykonanie logotypu, na łączną kwotę 3.500 zł.

Odwołująca uiszczała w terminie składki na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne i dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za maj 2015 r. i za czerwiec 2015 r. Począwszy od lipca 2015 r., odwołująca była zobowiązana do opłacania składek na ubezpieczenia w terminie do 15-tego dnia każdego miesiąca za miesiąc ubiegły.

W dniu 4.07.2015 r. odwołująca urodziła trzecie dziecko i złożyła roszczenie o wypłatę zasiłku macierzyńskiego.

P. W. (1) z dniem 7.07.2015 r. dokonała zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych pracownika od dnia 1.07.2015 r. Za miesiąc lipiec 2015 r. odwołująca nie złożyła dokumentów rozliczeniowych za siebie i pracownika w obowiązującym terminie do dnia 17.08.2015 r., jednakże w dniu 17.08.2015 r. opłaciła składki za lipiec 2015 r. w terminie, ale w zaniżonej wysokości. Różnica składki w kwocie 158,85 zł została zapłacona w dniu 3.09.2015 r., tj. po obowiązującym terminie płatności.

Decyzją z dnia 2.09.2015 r. ZUS odmówił P. W. (1) prawa do zasiłku chorobowego za okres od 12.06.2015 r. do 13.07.2015 r.

Jednocześnie w dniu 2.09.2015 r. P. W. (1) wyrejestrowała zgłoszonego od dnia 1.07.2015 r. pracownika, dokonując równoległe zgłoszenia tej samej osoby jako zleceniobiorcy od dnia 1.07.2015 r.

W dniu 3.09.2015 r. P. W. (1) złożyła wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc 07/2015 r. Uzasadniając wniosek, odwołująca powołała się na błędne rozliczenie miesiąca lipca z uwagi na zwolnienie lekarskie i brak podstaw do wypłaty zasiłku chorobowego. Odwołująca wyraziła przekonanie, że mimo braku prawa do zasiłku, mając zwolnienie chorobowe, nie będzie musiała opłacać składek na ubezpieczenie społeczne za czas tego zwolnienia. ZUS jednakże, z uwagi na wszczęte postępowanie wyjaśniające

co do faktu prowadzenia przez odwołującą od dnia 1.05.2015 r. pozarolniczej działalności gospodarczej, odmówił rozpoznania tego wniosku do czasu zakończenia postępowania.

W dniu 29.10.2015 r. P. W. (1) ponownie złożyła wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc 07/2015 r. Uzasadniając wniosek, P. W. (1) wskazała, że pomyłka w obliczeniu wysokości składki wynikała z faktu, iż w pierwszych dniach lipca była na zwolnieniu lekarskim, a 4.07.2015 r. urodziła dziecko, w wyniku czego dopłata nastąpiła później.

W piśmie z dnia 9.11.2015 r. (...) Oddział w P. powiadomił P. W. (1), iż nie wyraził zgody na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za lipiec 2015 r.

P. W. (1) uzyskuje rentę alimentacyjną na córkę H. w wysokości 400 zł/m-c i na córkę A. w wysokości 500 zł/m-c. W okresie od 12 do 15.05.2015 r. H. W. była hospitalizowana z powodu nieokreślonego zakażenia wirusowego. H. W. nadto od 13.10.2014 r. pozostaje pod opieką Dziecięcej Poradni Neurologicznej w P.; odwołująca wraz z córką korzystała z poradni w dniu 1.06.2015 r. (zmiana leków) i 2.09.2015 r. (stabilizacja stanu zdrowia po zmianie leków), nadto z poradni lekarza rodzinnego w dniu 26.05.2015 r. (infekcja ucha lewego) i następnie 16.09.2015 r. (zaświadczenie o ćwiczeniach na basenie). W dniu 26.05.2015 r. lekarz rodzinny u drugiej córki odwołującej – A. stwierdził ostre zapalenie górnych dróg oddechowych, w dniu 22.06.2015 r. – ostre zapalenie oskrzeli, w dniu 18.08.2015 r. – ropień wału paznokciowego III lewej ręki i w dniu 16.09.2015 r. – ostre zapalenie górnych dróg oddechowych.

Z powodu stanu grożącemu przedwczesnym porodem, P. W. (1) na wizycie lekarskiej w dniu 12.06.2015 r. otrzymała zwolnienie chorobowe na okres od 12.06.2015 r. do 13.07.2015 r. Odwołująca w dniu (...) urodziła trzecie dziecko i była z tego powodu hospitalizowana w dniach 4-6.07.2015 r.

Decyzją z dnia 16.12.2015 r. (...) Oddział w P. stwierdził, że P. W. (1) z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej, podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 1.05.2015 r. do 30.06.2015 r.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Okręgowy uznał odwołanie za niezasadne.

Sąd I instancji przywołał treść art. 14 ust. 1, 1a, 2, 2a i 3 ustawy z dnia 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 963 ze zm.), wskazując jednocześnie, że 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. 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.

W przedmiotowej sprawie, składkę za lipiec 2015 r. odwołująca P. W. (1) uregulowała w terminie, ale w zaniżonej wysokości, w wyniku czego organ rentowy na podstawie art. 14 ust. 1 i 2 ustawy systemowej wyłączył odwołującą z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 1.07.2015 r. Odwołująca dwukrotnie wnioskuje do organu rentowego o wyrażenie zgody na opłacenie składki za lipiec 2015 r. po terminie, argumentując przy tym jedynie, że niedopłata składki wynikała z uzyskania zwolnienia chorobowego i błędnego przeświadczenia o tym, że fakt ten, a nie prawo do zasiłku chorobowego, sam w sobie wpływa na obniżenie należnej kwoty tytułem składki na ubezpieczenie chorobowe. Odwołująca do wniosków nie przedłożyła przy tym żadnych dowodów na jego poparcie. Organ rentowy w piśmie z dnia 9.11.2015 r. rozpoznał ostatni wniosek odwołującej negatywnie.

Powołując się na stanowisko judykatury Sąd meriti podniósł, że dla przyjęcia „uzasadnionego przypadku” w rozumieniu art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej nie są wymagane jakieś nadzwyczajne okoliczności, ale muszą to być okoliczności obiektywnie uzasadniające nieopłacenie składki w terminie lub opłacenie jej w niepełnej wysokości.

Wobec treści ww. wniosków P. W. (1) trudno jest jednak – w przekonaniu Sądu Okręgowego – mówić o zaistnieniu uzasadnionych okoliczności, z powodu których odwołująca uchybiła terminowi do opłacenia składki za lipiec 2015 r., a de facto uzupełniła jej brakującą część po terminie. Sąd I instancji nie podzielił przy tym twierdzeń strony odwołującej, że organ rentowy z urzędu winien był wszechstronnie zbadać sprawę, albowiem ciężar dowodu w tym zakresie spoczywał na odwołującej.

Dopiero w odwołaniu od decyzji z dnia 16 grudnia 2015 r. odwołująca podniosła nowe okoliczności, które w jej ocenie sumarycznie wpłynęły na opłacenie składki za lipiec 2015 r. w terminie, ale w zaniżonej wysokości. Wśród tych okoliczności, odwołująca w pierwszej kolejności wskazała, że o uiszczeniu składki za sporny miesiąc w zaniżonej wysokości dowiedziała się dopiero od pracownika ZUS w trakcie rozmowy telefonicznej, po czym niezwłocznie w dniu 3.09.2015 r. uregulowała różnicę. W okresie, w jakim przypadała płatność należnej składki za lipiec 2015 r., chorowały dwie córki odwołującej, a opiekę nad nimi sprawowała odwołująca, która jest samotną matką. Dodatkowo pogarszał się stan zdrowia samej odwołującej, która począwszy od 12.06.2015 r. przebywała na zwolnieniu lekarskim z uwagi na zły stan psychiczny, przebieg ciąży i zagrożenie przedwczesnym porodem. Przedłożone przez odwołującą dowody, w ocenie Sądu I instancji, ww. okoliczności nie potwierdzały.

P. W. (1) była zobowiązana do regulowania składek na ubezpieczenia do 15. dnia miesiąca za miesiąc ubiegły, a za lipiec 2015 r. winna była uregulować składki do 17.08.2015 r., albowiem 15 i 16.08.2015 r. były dniami ustawowo wolnymi od pracy. Odwołująca przebywała na zwolnieniu chorobowym od 12.06.2015 r., a w dniu (...) urodziła dziecko. Z tego powodu była hospitalizowana do 6.07.2015 r., albowiem jak wynika z dokumentacji szpitalnej, poród nie był powikłany, a rekonwalescencja odwołującej i córki Z. po porodzie przebiegała prawidłowo. Odwołująca zdążyła tym samym opłacić w terminie i w prawidłowej wysokości składkę za miesiąc uprzedni do miesiąca sporu, tj. za czerwiec 2015 r. W dalszym czasie, w szczególności w okresie przed 17.08.2015 r., odwołująca nie udokumentowała żadnych własnych deficytów zdrowotnych.

Sąd Okręgowy wskazał, iż nie kwestionuje dolegliwości zdrowotnych najstarszej córki odwołującej, która od 2014 r. pozostaje pod stałą opieką poradni neurologicznej w związku z epilepsją, z tytułu której została zaliczona nadto do osób niepełnosprawnych. Pogorszenie zdrowia córki, w świetle przedłożonej dokumentacji medycznej, miało jednak miejsce przed dniem 1.06.2015 r., na wizycie lekarskiej w tym dniu lekarz prowadzący powrócił do leczenia skojarzonego, które w okresie do 2.09.2015 r. (data następnej wizyty lekarskiej w poradni neurologicznej) skutkowało ustąpieniem omdleń i upadków u H. W., a więc stabilizacją stanu zdrowia. Z wpisów w historii choroby poradni lekarza rodzinnego także nie wynika, ażeby w terminie do uiszczenia składki za lipiec 2015 r., córki odwołującej H. i A. wymagały pomocy lekarskiej i leczenia: brak wpisów o wizytach lekarskich dot. H. W. w okresie po 26.05.2015 r., a przed 16.09.2015 r., oraz brak analogicznych wpisów dot. A. W. po 22.06.2015 r., a przed 18.08.2015 r.

Odwołująca w odwołaniu wskazała także, że w analizowanym okresie pogorszeniu uległa jej sytuacja finansowa. Odwołująca poza prowadzoną od 1.05.2015 r. pozarolniczą działalnością gospodarczą, uzyskuje rentę alimentacyjną na dwie starsze córki w kwocie 900 zł miesięcznie, zasiłek rodzinny na wszystkie dzieci i dodatkowo świadczenie na córkę H.. W odwołaniu, P. W. (1) zajęła stanowisko, że musiała poczekać ze sprzedażą towarów do momentu ukończenia budowy strony internetowej sklepu, a następnie znaleźć rynek zbytu na zakupione z dotacji towary. Z zeznań odwołującej jednak wynika, że podjęła ona sprzedaż, dowodem czego są dowody nadania przesyłek towaru oraz zakupy przez znajomych odwołującej osobiście. Z zeznania podatkowego za 2015 r. wynika natomiast, że odwołująca z tytułu prowadzonej działalności, uzyskała przychód ponad 2.000 zł. Nadto, jak odwołująca sama wskazała w odwołaniu i wnioskach kierowanych do ZUS, powodem uregulowania składki za lipiec 2015 r. w zaniżonej kwocie była niewiedza co do zasad umniejszania składki na ubezpieczenie chorobowe w związku ze zwolnieniem chorobowym/zasiłkiem chorobowym, a nie brak środków na pokrycie składki. Niezwłocznie bowiem po rozmowie telefonicznej z pracownikiem ZUS, w wyniku której P. W. (1) dowiedziała się o niedopłacie, w dniu 3.09.2015 r. uregulowała różnicę składki.

Reasumując, Sąd I instancji podniósł, że godzenie roli samotnej matki z opieką i wychowaniem trójki małych dzieci oraz z prowadzeniem własnej firmy, wymaga pełnego zaangażowania i doskonałej organizacji odwołującej, ale z

drugiej strony P. W. (1) zgłosiła się do ubezpieczenia chorobowego z tytułu działalności dobrowolnie i dobrowolnie przyjęła na siebie ciężar regulowania składek na to ubezpieczenie w terminie. Przeprowadzone natomiast w sprawie postępowanie dowodowe – zarówno na wniosek odwołującej, jak i z urzędu, nie potwierdziło, iż w terminie do uiszczenia składki za lipiec 2015 r. wystąpiły wyjątkowe okoliczności tak faktyczne czy domniemane, które uzasadniałyby uznanie tej składki po terminie.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Okręgowy uznał decyzję ZUS z dnia 16.12.2015 r. za zgodną z prawem i na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. oddalił wniesione odwołanie.

W apelacji od powyższego wyroku, uzupełnionej pismem z dnia 5.04.2017 r., odwołująca P. W. (1), reprezentowana przez radcę prawnego, zaskarżyła go w całości, zarzucając:

- naruszenie przepisów prawa procesowego, tj. art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. w zw. z art. 232 k.p.c. w zw. z art. 6 k.c. i w zw. z art. 328 k.p.c., poprzez naruszające zasady logiki i doświadczenia życiowego wnioskowanie ze zgromadzonych dowodów, co doprowadziło do nieuwzględnienia okoliczności uzasadniających zastosowanie przez Sąd art. 14 ust. 2 ustawy systemowej, podczas gdy odwołująca w dniu 17.08.2015 r. wciąż znajdowała się w okresie połogu, który wobec jej trudnej sytuacji życiowej powinien być uwzględniony jako okoliczność usprawiedliwiająca zaniechanie w zakresie płatności całości składki, jak również nieuwzględnienie pozostałych zgromadzonych w sprawie dowodów, z których wynikało, że P. W. (1) wcześniej nie zalegała z płatnościami z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne, zatem nie ma podstaw do twierdzenia, że starała się skorzystać na braku płatności całości składki, jak również brak uwzględnienia faktu, że odwołująca swoje zaniechanie naprawiła jak tylko otrzymała o nim informację od pracownika organu, co doprowadziło do nieskorzystania z dobrodziejstwa przewidzianego w art. 14 ust. 2 ustawy systemowej;
- naruszenie przepisów prawa materialnego, tj. art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej w zw. z art. 7, art. 8, art. 10 i art. 77 k.p.a., poprzez dokonanie nieprawidłowej wykładni przedmiotowych uregulowań, polegającej na uznaniu, że nie zaistniały przesłanki uzasadniające wyrażenie zgody przez organ na opłacenie przez odwołującą pozostałej części składki po terminie, pomimo, że P. W. (1) znajdowała się w sytuacji życiowej usprawiedliwiającej zaistnienie zaniechania oraz starała się to naruszenie naprawić, organ zaś nie zbadał tych okoliczności w sposób należyty, bezpodstawnie ciężarem dowodu obciążając odwołującą, ewentualnych wątpliwości nie usunął, wydając bezpodstawnie decyzję odmowną.

Uzasadniając apelację skarżąca wskazywała, że nie ma podstaw do twierdzenia, iż działała ona w sposób celowy, chcąc oszukać organ rentowy, a jednocześnie Sąd Okręgowy prawidłowo ustalił, że niedopatrzanie w zakresie opłacenia należnej składki zostało przez nią naprawione i było jednorazowe. Dodatkowo istotną była okoliczność, że błąd odwołującej dotyczył nie samego faktu opłacenia składki, a jedynie jej wysokości. Skarżąca domagała się uwzględnienia jej sytuacji życiowej, tj. faktu, że w terminie na opłacenie składki znajdowała się w okresie połogu, a nadto była samotną matką wychowującą dwójkę dzieci cierpiących na poważne schorzenia zdrowotne. Nadto apelująca podniosła, że organ rentowy winien był z urzędu zbadać podstawy zasadności wniosku, a nie przerzucać ciężar dowodu wykazania okoliczności przemawiających za zastosowaniem przepisu art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej na ubezpieczoną. W szczególności powinien on być wezwać odwołującą do uzupełnienia materiału dowodowego, w myśl zasad obowiązujących w postępowaniu administracyjnym.

Wskazując na powyższe, skarżąca wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez zmianę zaskarżonej decyzji i orzeczenie, że odwołująca podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą od dnia 1.05.2015 r. do nadal oraz o zasądzenie od pozwanego na rzecz odwołującej kosztów procesu za obydwie instancje, w tym kosztów zastępstwa procesowego i opłaty skarbowej od pełnomocnictw złożonych w sprawie, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji, z pozostawieniem temu Sądowi rozstrzygnięcia o kosztach procesu.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja odwołującej zasługiwała na uwzględnienie.

Przedmiot sporu koncentrował się wokół tego, czy organ rentowy zasadnie wyłączył odwołującą P. W. (1) z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności od 1.07.2015 r., w rezultacie opłacenia przez nią składki na ubezpieczenia społeczne, w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc lipiec 2015 r. w terminie, lecz w zaniżonej wysokości. W ocenie skarżącej, zachodziły w jej sytuacji powody uzasadniające wyrażenie przez ZUS zgody na opłacenie przez nią brakującej części składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za ten miesiąc po terminie, w trybie art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 121).

W myśl art. 11 ust. 2 cyt. ustawy systemowej, dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają na swój wniosek osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, wymienione w m. in. art. 6 ust. 1 pkt 5, tj. osoby, które na terenie Rzeczypospolitej Polskiej są osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność oraz osobami z nimi współpracującymi.

Zgodnie z art. 14 tej ustawy, objęcie dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym, rentowymi i chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony, z zastrzeżeniem ust. 1a (ust. 1). 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 (ust. 1a), tj. w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia (z zastrzeżeniem, że osoby, które są obejmowane ubezpieczeniami społecznymi na zasadach dobrowolności, zgłaszają wniosek o objęcie ich ubezpieczeniem w terminie przez nie wybranym – art. 36 ust. 5). Ubezpieczenia (...), 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 (art. 14 ust. 2 ustawy systemowej).

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

Sąd II instancji podziela przy tym pogląd, że składka należna wskazana w ww. art. 14 ust. 2 pkt 2, która warunkuje podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu, to składka opłacona w terminie i w pełnej wysokości (por. wyrok SN z 18.04.2012 r., II UK 188/11, Legalis). Określenie „składki należnej” nie jest przypadkowe, gdyż odnoszący się do słowa „składka” przymiotnik oznacza, że chodzi o należną składkę, czyli pełną składkę, a więc nie wystarcza jej część. Należna składka to ta, która powinna być zapłacona. Jeżeli składka nie jest należna, a więc mniejsza niż należna, to dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje z mocy ustawy (wyrok SA w Białymstoku z 23.04.2013 r., III AUa 1067/12, Legalis; postanowienie SN z 11.12.2012 r., I UK 488/12, Legalis).

Płatnik składek przesyła w tym samym terminie deklarację rozliczeniową, imienne raporty miesięczne oraz opłaca składki za dany miesiąc, z zastrzeżeniem ust. 1a, 2a i 2b, nie później niż:

- 1) do 10 dnia następnego miesiąca - dla osób fizycznych opłacających składkę wyłącznie za siebie;
- 2) do 5 dnia następnego miesiąca - dla jednostek budżetowych i samorządowych zakładów budżetowych;

3) do 15 dnia następnego miesiąca - dla pozostałych płatników (art. 47 ust. 1 ustawy systemowej).

Wygaśnięcie ubezpieczenia chorobowego z powodu braku płatności składek (art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej) następuje ex lege, a więc niezależnie od woli ubezpieczonego, i jedynie złożenie wniosku o wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie oraz jej wpłacenie umożliwia kontynuację ubezpieczenia chorobowego. Negatywna decyzja ZUS potwierdza jedynie ustanie z mocy prawa dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego i podlega zaskarżeniu w sądowym postępowaniu odwoławczym. Ustanie ubezpieczenia następuje zatem wskutek wyraźnego uznania przez ustawodawcę, że nieopłacenie przez ubezpieczonego w terminie należnej składki stanowi jego rezygnację z tego rodzaju ubezpieczenia. Ponowne objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami społecznymi, w tym chorobowym, wymaga złożenia nowego wniosku przez zainteresowanego (wyrok SA w Poznaniu z 30.10.2012 r., III AUa 550/12, Legalis).

W judykaturze utrwalone są zapatrywania, że organ rentowy wyposażony został w kompetencję do wyrażenia zgody na opłacenie składek po terminie, co jednak nie oznacza przyznania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych niczym nieskrępowanego uznania w nieuwzględnieniu wniosku o wyrażenie zgody, gdyż przyznana kompetencja winna być realizowana według sprawdzalnych kryteriów (zob. wyrok SA w Gdańsku z dnia 13 lutego 2013 r., III AUa 1390/12, LEX nr 1286501). Przepis art. 14 ust. 2 pkt 2 u.s.u.s. nie powinien być zatem traktowany z nadmiernym rygoryzmem, w tym znaczeniu, że niejako automatycznie prowadzić powinien do wyłączenia z ubezpieczenia, bez względu na okoliczności danej sprawy. Trzeba zatem wziąć pod uwagę te szczególne wypadki, gdy z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego w danym miesiącu uiszczenie należnej składki nie następuje. Jest to tym bardziej uzasadnione, gdy niedopatrzenie to zostaje naprawione, nie ma ono charakteru działania specjalnego, mającego niejako „oszuścić” system ubezpieczeń społecznych, a nadto w historii płatnika zdarzenie to jest jednorazowe (por. wyrok SA w Lublinie z dnia 22.07.2015 r., III AUa 387/15, LEX nr 1770999). Oczywiście jest, iż przesłanki wyrażenia przez organ rentowy zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie stanowią okoliczności związane z przebiegiem samego ubezpieczenia i przyczynami uchybienia owego terminu (wyrok SN z 6.08.2015 r., III UK 233/14, LEX nr 1784526).

Przy rozpatrywaniu wniosku o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie winno się brać pod uwagę sprawiedliwe i sprawdzalne kryteria udzielenia ubezpieczonemu tego rodzaju ulgi. Nie chodzi tu przy tym o to, by ubezpieczony nie miał w ogóle fizycznej możliwości opłacenia składki, ale o sytuację, w której jego błąd w tym zakresie miał charakter „usprawiedliwiony”. Dany przypadek nie musi być wyjątkowy i szczególnie uzasadniony, a taki, który obiektywnie usprawiedliwia i tłumaczy, dlaczego składka nie została należycie opłacona. Wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie nie powinno być uzależnione od braku winy po stronie wnioskodawcy. Omawiane dobrodziejstwo przysługiwać powinno w pierwszym rzędzie osobom, dla których nieopłacenie należnej składki w terminie było zdarzeniem incydentalnym, którzy zarówno przed nim, jak i po, sumiennie realizowali swoje obowiązki jako płatników, a nadto w sytuacji, w której faktycznie uiszcili oni brakującą składkę niezwłocznie po zauważeniu niedopłaty.

W ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych nie określono przesłanek uzasadniających wyrażenie zgody przez ZUS na opłacenie składek po terminie. Za przykłady sytuacji uzasadniających udzielenie ulgi, o jakiej mowa w cyt. wyżej przepisie art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, uznano w orzecznictwie m. in.: brak należytej informacji ze strony organu rentowego, połączony z wyjątkowo trudną sytuacją rodzinną i zdrowotną, w jakiej nagle znalazł się ubezpieczony (por. ww. wyrok SA w Lublinie z 22.07.2015 r., III AUa 387/15); długoletni okres opłacania składek na ubezpieczenie, przy jednoczesnym braku zaległości na koncie ubezpieczonego oraz terminowym opłacaniu składek na ubezpieczenie chorobowe przez przedsiębiorcę (wyrok SA w Łodzi z 21.04.2015 r. III AUa 943/14, LEX nr 1747276; wyrok SA w Poznaniu z 31.07.2014 r., III AUa 1960/13, LEX nr 1509067); opłacenie składki w nieprawidłowej wysokości, wynikające z ewidentnej omyłki pisarskiej przedstawienia dwóch cyfr, tzw. „czeski błąd” (wyrok SA w Łodzi z 25.09.2013 r., III AUa 1844/12, Legalis); nagły wyjazd, brak pieniędzy wywołany czynnikami niezależnymi od ubezpieczonego, siłą wyższą, wypadek losowy (wyrok SA w Łodzi z 11.06.2015 r., III AUa 921/14, Legalis); wyjazd współnika zajmującego się zagadnieniami finansowymi spółki, w ramach dokonanego podziału obowiązków,

a następnie niezwłoczne podjęcie czynności zmierzających do naprawienia zaistniałej sytuacji (wyrok SA w Rzeszowie z 19.03.2015 r., III AUa 380/14, LEX nr 1667619); czy także (od strony czysto formalnej) nie wywiązanie się przez organ rentowy z obowiązku dostatecznego uzasadnienia odmowy wyrażenia zgody na opłacenie przez odwołującego składek po terminie.

Przypadek uzasadniony, o jakim mowa w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, to zatem taki, który obiektywnie usprawiedliwia i wyjaśnia, dlaczego składka nie została zapłacona w terminie, a więc przytacza takie okoliczności życiowe, które tłumaczą powstałe opóźnienie w opłaceniu składki terminowo i w prawidłowej wysokości (zob. uzasadnienie ww. wyroku SA w Rzeszowie z 19.03.2015 r., III AUa 380/14). Nie ulega wątpliwości, że dotychczasowy przebieg ubezpieczenia, w tym terminowość opłacania składek we wcześniejszych okresach, rzutuje na ocenę danego uchybienia w płatności i ma znaczenie dla rozstrzygnięcia w sprawie. Nawet bowiem nieznaczne, bo jednodniowe opóźnienie nie jest automatycznie uzasadnionym przypadkiem skutkującym wyrażeniem zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie (wyrok SA w Gdańsku z 6.05.2016 r., III AUa 2104/15, Legalis).

Przenosząc powyższe rozważania na grunt rozpoznawanej sprawy stwierdzić należało, że w świetle zgromadzonych w sprawie dowodów przypadek odwołującej P. W. (1) zaliczał się jednak do tego rodzaju szczególnych (uzasadnionych) sytuacji, w których ZUS powinien był wyrazić zgodę na opłacenie przez nią składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za lipiec 2015 r. po terminie. Argumentację Sądu Okręgowego, wspierającą stanowisko organu rentowego wyrażone w zaskarżonej decyzji, uznać należało za nazbyt formalistyczną, albowiem niesłusznie i w sposób krzywdzący dla odwołującej umniejszała ona rzeczywisty wpływ jej sytuacji życiowej na de facto jednorazowy przypadek uchybienia płatności należnej (tj. pełnej) składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w terminie.

W pierwszej kolejności zauważyć należy, że organ rentowy nie wywiązał się z obowiązku dostatecznego uzasadnienia odmowy wyrażenia zgody na opłacenie przez odwołującą składki po terminie, ani w piśmie z 9.11.2015 r., stanowiącym odpowiedź na drugi wniosek P. W. (1) z 29.10.2015 r. w sprawie wyrażenia ww. zgody na opłacenie składki po terminie, ani też w zaskarżonej decyzji z 16.12.2015 r. W piśmie z 9.11.2015 r. Zakład poinformował ubezpieczoną o konieczności złożenia wskazanej tam dokumentacji oraz o tym, że w razie opłacenia jakiegokolwiek składki na ubezpieczenia społeczne po obowiązującym terminie lub w zaniżonej wysokości dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustanie z mocy ustawy. Wobec stwierdzenia, że do takiej sytuacji doszło w przypadku P. W. (1), organ rentowy wskazał, że nie podlega ona dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 1.07.2015 r. (akta ZUS). Z kolei w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji ZUS przedstawił ustalony przezeń stan faktyczny, powołał się na mające zastosowanie przepisy oraz wyjaśnił, że możliwość wyrażenia zgody na opłacenie składek po terminie uzależniona jest od wykazania obiektywnych okoliczności wskazujących, że zapłata składek w terminie nie była możliwa i nie wynikało to z zaniedbania ubezpieczonego. Dalej organ rentowy wskazał, że odwołująca powinna była być świadoma obowiązków płatnika składek, tym bardziej, że deklaracje rozliczeniowe za maj i czerwiec 2015 r. złożyła prawidłowo, a składki za te miesiące opłaciła w terminie i w należnej wysokości. Złożone przez ubezpieczoną wyjaśnienia co do braku możliwości zapłaty składki za lipiec 2015 r. w obowiązującym terminie (dotyczące stanu jej zdrowia) Zakład uznał za niewystarczające do podjęcia pozytywnej decyzji w sprawie wyrażenia zgody na opłacenie tej składki po terminie (akta ZUS).

Tego rodzaju argumentacja zdecydowanie abstrahowała od rzeczywistych powodów nieopłacenia składki za sporny miesiąc w wymaganym terminie, które ujawnione zostały dopiero na etapie postępowania sądowego, choć bez problemu mogły zostać ustalone przez organ rentowy przy dołożeniu minimum staranności w zakresie prowadzonego postępowania dowodowego. Przekonuje to o uchybieniu przez organ rentowy nałożonym na niego obowiązkom, wynikającym z podstawowych zasad procedury administracyjnej, tj. zasadom prawdy obiektywnej, pogłębiania zaufania, udzielania informacji i wyjaśniania zasadności przesłanek, jakimi organ kieruje się załatwiając sprawę (art. 7, art. 8, art. 9 i art. 11 k.p.a. w zw. z art. 123 ustawy systemowej). Przestrzegając zasady dochodzenia do prawdy obiektywnej Zakład winien był podjąć wszelkie niezbędne kroki zmierzające do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego, w szczególności odebrać od ubezpieczonej stosowne wyjaśnienia. Zobowiązany był również do należytego i wyczerpującego informowania strony o okolicznościach faktycznych i prawnych, które mogły mieć wpływ na ustalenie jej praw i obowiązków, będących przedmiotem postępowania administracyjnego. Musiał wreszcie w

sposób wyczerpujący zebrać, rozpatrzyć oraz ocenić cały materiał dowodowy (art. 77 k.p.a. i art. 80 k.p.a.) oraz uzasadnić swoje rozstrzygnięcie zgodnie z wymogami art. 107 k.p.a. Postępowania ZUS w niniejszej sprawie nie sposób natomiast uznać za zgodne z powyższymi standardami, miał bowiem informacje własne o stanie zdrowia ubezpieczonej (choroba, okres porodu i połogu).

Jakkolwiek w myśl art. 77 § 1 k.p.a. organ rentowy, rozpoznając wniosek płatnika o wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie, powinien przed wydaniem decyzji w tym przedmiocie w sposób wyczerpujący zebrać i rozpatrzyć cały materiał dowodowy oraz wyjaśnić wszystkie okoliczności sprawy, to sąd ubezpieczeń społecznych, w ramach kontroli zapadłej decyzji, nie jest już jednak związany ustaleniami Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i dokonuje samodzielnych ustaleń w zakresie stanu faktycznego oraz ocenia zasadność złożonego wniosku. Mimo zatem, że przesłanki wyrażenia przez organ rentowy zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie nie zostały określone przez ustawodawcę, to jednak oczywiste jest, iż stanowią je okoliczności związane z przebiegiem samego ubezpieczenia i przyczynami uchybienia owego terminu, które podlegają ocenie sądu w postępowaniu odwoławczym od decyzji ZUS.

I tak, odnosząc się do motywów wyłożonych przez Sąd I instancji w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, należało wziąć pod uwagę, że z dotychczasowego, jakkolwiek krótkiego (maj-czerwiec 2015 r.) przebiegu ubezpieczenia P. W. (1) z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności, wynika, że przez okres ten uiszczała ona należne składki ubezpieczeniowe z powyższego tytułu, tj. w prawidłowej wysokości oraz w wymaganym terminie, dając wyraz temu, że jest rzetelnym płatnikiem składek. Z faktu jednokrotnego nieopłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe zgodnie z wymogami ustawowymi nie sposób zaś domniemywać – jak uczynił to organ rentowy, a zaakceptował Sąd Okręgowy – że odwołująca była płatnikiem dopuszczającym do powstawania zaległości wobec ZUS w sposób celowy i świadomy. To właśnie z tego, że od momentu zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego P. W. (1) wywiązywała się z obowiązków publicznoprawnych wobec organu rentowego, wywodzić należało, że jest ona żywotnie zainteresowana dalszym podleganiem tym ubezpieczeniom, zaś tylko rzeczywiście istotne okoliczności zamiar takiego podlegania mogłyby wyłączyć. Potwierdza to dobitnie natychmiastowa reakcja skarżącej po rozmowie telefonicznej z pracownikiem ZUS, tj. naprawianie zaistniałego „błędu” niezwłocznie po powzięciu informacji o niezachowaniu terminu do opłacenia składki za miesiąc lipiec 2015 r. Zauważyć należy bowiem, iż jak wynika z niekwestionowanych ustaleń faktycznych, P. W. (1) dokonała w dniu 3.09.2015 r. opłaty brakującej części składki, wyrównując powstałą niedopłatę. Świadczy to o tym, że organ prowadzący postępowanie administracyjne, a w ślad za nim Sąd meriti, od samego początku w nieprawidłowy sposób środek ciężkości sporu przesunęli na okoliczność uchybienia przez odwołującą jej prawnym obowiązkom jako płatnika, zamiast skupić się na rzeczywistych jej intencjach i motywacjach co do dalszego pozostawiania w strukturze ubezpieczeń społecznych z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. Sąd Apelacyjny, bazując na tych samych dowodach i okolicznościach, nie zauważył zaś żadnych powodów, by zaprzeczać temu, że odwołująca poważnie traktowała podleganie ubezpieczeniu chorobowemu, sumiennie realizowała swoje obowiązki jako płatnik składek, a jej celem nie było „oszukanie” systemu ubezpieczeń społecznych.

Inaczej należało spojrzeć w tym kontekście na wyjaśnienia samej ubezpieczonej co do powodów nieopłacenia należnej składki w prawidłowej wysokości i w wymaganym terminie, konsekwentne i spójne przez cały czas prowadzonego procesu. Sąd II instancji dał bowiem wiarę zeznaniom P. W. (1) w całości, zaś ocenę tego oraz pozostałych dowodów, przeprowadzoną przez Sąd Okręgowy, uznał za instrumentalną, niezgodną ze wskazaniami przepisu art. 233 § 1 k.p.c., a przeto niemogącą się ostać. Stwierdzić należało, że Sąd meriti niesłusznie nie uznał okoliczności dotyczących stanu zdrowia odwołującej i jej dzieci w okresie spornym jako uzasadnionych powodów uchybienia obowiązkowi opłacenia należnej składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Przede wszystkim, skupiając się na wynikających z dokumentacji medycznej danych kolejnych wizyt córek skarżącej w poradniach lekarskich, Sąd I instancji zupełnie zapomniał o tym, że wizyty te stanowiły tylko oddalone od siebie wydarzenia, a zapiski lekarzy obrazowały aktualny na dany dzień stan zdrowia pacjentek i obserwowalny wówczas rezultat stosowanego leczenia, ale w żaden sposób nie dokumentowały sytuacji zachodzących pomiędzy datami tych wydarzeń, zmian w stanie zdrowia dzieci z dnia na dzień, a już zwłaszcza w okresie, w jakim powinna była nastąpić płatność składki przez odwołującą P. W. (1). Sąd Okręgowy

całkowicie zbagatelizował rolę samotnej matki, zobowiązanej do dbania o stan zdrowia dzieci i reagowania na każdy przejaw jego odstępstw od normy. Odstępstw takich nie eliminuje zaś stwierdzenie przez lekarza prowadzącego „braku omdleń i upadków” w okresie 1.06.-2.09.2015 r. w przypadku córki H., czy „rozpoznania ropnia wału paznokciowego” u córki A. dopiero 18.08.2015 r., który przecież nie rozwinął się w ciągu jednego dnia, a udanie się po poradę lekarską w tym zakresie stanowić musiało kulminację odczuwanych od jakiegoś już czasu dolegliwości przez dziecko. Nie sposób wymienić tu wszelkich innych czynników wpływających na stan zdrowia potomstwa w powyższym okresie, które z pewnością dalece bardziej angażować mogło uwagę matki, zwłaszcza, że zgodnie z treścią orzeczenia o niepełnosprawności małoletnia H. W. wymagała w tym czasie stałego udziału na co dzień jej opiekuna w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji (k. 33). Tym samym nie można kategorycznie wykluczać, by podnoszone przez P. W. (1) okoliczności dotyczące stanu zdrowia jej i jej dzieci nie pozostały w związku czasowym z terminem płatności spornej składki ubezpieczeniowej. Wszak nie da się racjonalnie sprzeciwić temu, że i sama odwołująca, na skutek złego znoszenia okresu ciąży i porodu, zakładała, że w miesiącu, w którym nastąpiło urodzenie dziecka, nie będzie miała obowiązku opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w pełnej wysokości, z uwagi na oczekiwany okres urlopu macierzyńskiego, wpływający na proporcjonalne zmniejszenie należnej składki.

Materiał dowodowy zebrany w niniejszej sprawie pozwalał zatem na stwierdzenie, iż stan zdrowia odwołującej i jej dzieci stanowić powinien okoliczności, które należało uwzględnić po myśli ubezpieczonej i rozstrzygnąć na jej korzyść złożony wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie. Podkreślić należy, że stany chorobowe wymagające bezwzględnej uwagi matki, związane z rozpoznawanymi u jej córek schorzeniami, nie mogły być przez nią w żaden sposób antycypowane, nie stanowiły okoliczności rozwijających się przez określony czas, pozwalający ubezpieczonej na przygotowanie się do nich i zabezpieczenie swoich interesów w związku z prowadzoną działalnością. Doświadczenie życiowe nakazuje raczej przyjąć, że wszelkie sytuacje zdrowotne dotyczące małych dzieci rozwijają się nagle i wymagają wówczas zdecydowanej i troskliwej reakcji rodziców. Nie można zatem w realiach niniejszej sprawy przyjąć, że choroby dzieci w ogóle nie zaistniały, skoro nie miały potwierdzenia w przedstawionej dokumentacji lekarskiej, nie były dla odwołującej zaskoczeniem i nie utrudniły jej od razu oraz znacznie prowadzenia działalności.

Nie należy pomijać także wyników przeprowadzonego przez Sąd Odwoławczy uzupełniającego postępowania dowodowego, tj. treści pisma ZUS z 11.07.2018 r. (k. 139), w którym organ rentowy miał udzielić informacji na temat tego, w jakich terminach i kwotach oraz od jakiej deklarowanej podstawy wymiaru składek nastąpiła płatność składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonej za maj i czerwiec 2015 r. oraz tego, czy składka za lipiec 2015 r. została opłacona w terminie i w jakiej wysokości, oraz jaka byłaby jej wysokość przy przyjęciu, że podlegałaby ona proporcjonalnemu zmniejszeniu z uwagi na hipotetyczne prawo odwołującej do zasiłku chorobowego od 12.06.2015 r. i do zasiłku macierzyńskiego od 4.07.2015 r. (k. 132). W piśmie powyższym Zakład udzielił żądanych informacji, wskazując, że za lipiec 2015 r. P. W. (1) opłaciła składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w kwocie 12,25 zł od podstawy wymiaru składki na ubezpieczenia społeczne w wysokości 500 zł, przy czym składka na ubezpieczenia społeczne została częściowo rozliczona z istniejącej na koncie ubezpieczonej nadpłaty, pozostała zaś różnica w kwocie 158,85 zł została opłacona 3.09.2015 r. Odwołująca nie miałaby prawa do zasiłku chorobowego za okres od 12.06.2015 r. do 3.07.2015 r., albowiem nie spełniła warunku podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu przez okres co najmniej 90 dni przed zachorowaniem, natomiast gdyby miała ustalone prawo do zasiłku macierzyńskiego od 4.07.2015 r. to minimalna obowiązująca podstawa wymiaru składki na ubezpieczenia społeczne za lipiec 2015 r. wynosiłaby 50,81 zł. Jak przy tym wynika z załączonego do odwołania zestawienia wpłat skarżącej na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych, za lipiec 2015 r. składka do zapłaty wynosiła 190,62 zł (k. 27), a skoro 3.09.2015 r. opłaciła ona brakującą część składki w kwocie 158,85 zł, to znaczy, że istniejąca na jej koncie nadpłata wynosiła wówczas 31,77 zł.

Dowodom powyższym Sąd Apelacyjny dał wiarę w całości, albowiem ich wiarygodności, autentyczności, jak również prawdziwości ich treści nie kwestionowała żadna ze stron.

Końcowo jeszcze Sąd Apelacyjny wskazuje, iż w pełni utożsamia się z poglądem, że 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 SA w Gdańsku z 10.06.2016 r., III AUa 196/16), tym bardziej, gdy zachowanie ubezpieczonego po dokonanych uchybieniu wprost na wskazuje wolę kontynuacji podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu – tak jak to miało miejsce w niniejszej sprawie.

W konsekwencji powyższych rozważań Sąd Odwoławczy uznał, że zarzuty apelującej były uzasadnione, dlatego też na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. zmienił zaskarżony wyrok oraz poprzedzającą go decyzję ZUS – w sposób wskazany w pkt. 1 sentencji, tj. zgodnie z wnioskiem skarżącej.

Powyższe implikowało konieczność zmiany orzeczenia o kosztach postępowania pierwszoinstancyjnego, w ramach którego należało zasądzić od przegrywającego organu rentowego na rzecz odwołującej koszty jej zastępstwa procesowego, na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności radców prawnych z dnia 22.10.2015 r. (Dz. U. z 2015 r. poz. 1804 – w brzmieniu pierwotnym).

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd II instancji orzekł natomiast na podstawie art. 108 § 1 k.p.c. w zw. z art. 98 k.p.c. i art. 99 k.p.c., zasądzając na rzecz odwołującej, jako strony wygrywającej, koszty zastępstwa procesowego w kwocie 4.080 zł– zgodnie z § 2 pkt 6 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 cyt. rozporządzenia (w brzmieniu obowiązującym w dacie wniesienia apelacji), uwzględniając również uiszczoną przez ubezpieczoną opłatę od apelacji (pkt 3 sentencji wyroku).

del. SSO Roman Walewski	SSA Marta Sawińska	SSA Jolanta Cierpiał
-------------------------	--------------------	----------------------