

Sygn.akt III AUa 640/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 4 grudnia 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku, III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący: SSA Teresa Suchcicka (spr.)

Sędziowie: SA Dorota Elżbieta Zarzecka

SA Marek Szymanowski

Protokolant: Edyta Katarzyna Radziwińska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 4 grudnia 2018 r. w B.

sprawy z odwołania A. B.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B.

o ustalenie obowiązku ubezpieczenia

na skutek apelacji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B.

od wyroku Sądu Okręgowego w Białymstoku V Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 14 czerwca 2018 r. sygn. akt V U 496/18

oddala apelację.

SSA Dorota Elżbieta Zarzecka SSA Teresa Suchcicka SSA Marek Szymanowski

Sygn. akt III AUa 640/18

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. decyzją z 15 marca 2018 r. na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 2 w związku z art. 11 ust. 2, art. 12 ust. 1, art. 14 ust. 1 i 1a ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 963 ze zm.) stwierdził, że A. B. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 17 stycznia 2017 r. do 31 stycznia 2017 r. W uzasadnieniu organ rentowy wskazał, iż A. B. zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych oraz do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego złożyła 17 stycznia 2017 r., jednakże składka na te ubezpieczenie za styczeń 2017 r. została opłacona w niepełnej wysokości.

A. B. zaskarżyła powyższą decyzję wnosząc o jej zmianę poprzez uznanie, iż podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 01 stycznia 2017 r. do 31 stycznia 2017 r. Zaskarżonej decyzji zarzuciła:

- błędne ustalenie stanu faktycznego poprzez uznanie, iż ubezpieczona nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 17 stycznia 2017 r. do 31 stycznia 2017 r. w sytuacji, gdy wniosek o podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu został złożony 17 stycznia 2017 r.

- naruszenie art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez błędne rozumienie pojęcia uzupełnienia składki należnej w późniejszym terminie.

W odpowiedzi na odwołanie ZUS wniósł o jego oddalenie podtrzymując argumentację z uzasadnienia decyzji.

Sąd Okręgowy w Białymstoku wyrokiem z 14 czerwca 2018 r. zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że ustalił, iż A. B. podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od 17.01. do 31.01.2017 r.

Sąd pierwszej instancji ustalił, że A. B. w okresie od 05 marca 2016 r. do 31 grudnia 2016 r. była zgłoszona do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych: emerytalnego, rentowych, chorobowego i wypadkowego oraz do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu zatrudnienia w charakterze pracownika u płatnika (...) Sp. z o. o. Odwołująca 17 stycznia 2017 r. zgłosiła się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej od 01 stycznia 2017 r. A. B. w dniu 07 lutego 2017 r. opłaciła składkę na ubezpieczenia społeczne, w tym na ubezpieczenie chorobowe za styczeń 2017 r. w wysokości 366,98 zł od podstawy wymiaru składek w wysokości 1.155,14 zł. Przedłożyła zwolnienie lekarskie za okres od 11 stycznia 2017 r. do 27 stycznia 2017 r.

Z dalszych ustaleń Sądu Okręgowego wynikało, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. decyzją z 11 maja 2017 r. stwierdził, że A. B. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym: emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu w okresie od 01 stycznia 2017 r. do 31 stycznia 2017 r. (pkt I) oraz nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 17 stycznia 2017 r. do 31 stycznia 2017 r. (pkt II).

Sąd Okręgowy w Białymstoku wyrokiem z 27 września 2017 r. w sprawie V U 654/17 oddalił odwołanie A. B. od decyzji z 11 maja 2017 r. oraz zasądził od odwołującej na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. kwotę 180 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku wyrokiem z 14 lutego 2018 r. wydanym w sprawie III AUa 815/17 na skutek apelacji ubezpieczonej uchylił wyrok Sądu Okręgowego w Białymstoku z 27 września 2017 r. w pkt I w części dotyczącej podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 17 stycznia 2017 r. do 31 stycznia 2017 r. i poprzedzającą go decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. z 11 maja 2017 r. w pkt 2 i sprawę w tym zakresie przekazał do ponownego rozpoznania organowi rentowemu (pkt I), oddalił apelację w pozostałym zakresie (pkt II).

Sąd Apelacyjny nie podzielił poglądu Sądu pierwszej instancji, zgodnie z którym opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w niepełnej wysokości spowodowało wyłączenie odwołującej z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Sąd drugiej instancji całkowicie zgodził się ze stanowiskiem wyrażonym przez Sąd Najwyższy w wyroku z 08 grudnia 2015 r. w sprawie II UK 443/14, zgodnie z którym tylko zaniechanie zapłaty składki w terminie wyraża wolę zaprzestania podlegania ubezpieczeniu, opłacenie zaś składki wiąże się z wolą jego kontynuowania. Dlatego opłaceniu składki w niższej od należnej wysokości nie należy nadawać znaczenia powodującego ustanie ubezpieczenia wbrew woli ubezpieczonego. Jeżeli taka jest wola ubezpieczonego, to nie może jej być przeciwstawiona decyzja organu ubezpieczeń społecznych o odmowie przyjęcia uzupełnienia składki w późniejszym terminie. Opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w kwocie niższej od należnej nie powoduje zatem ustania tego ubezpieczenia.

Mając zatem na uwadze powyższy pogląd Sąd Apelacyjny ocenił, że skarżąca w terminie wyraziła wolę podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu i nie można uznać, że brak zapłaty pełnej składki w ustawowym terminie spowodował wyłączenie jej z tego ubezpieczenia. W niniejszej sprawie odwołująca do dnia zamknięcia rozprawy w Sądzie Apelacyjnym nie uzupełniła brakującej kwoty składki za styczeń 2017 r. W apelacji A. B. złożyła wniosek o przywrócenie terminu podlegania ubezpieczeniu chorobowemu. Na rozprawie w dniu 14 lutego 2018 r. odwołująca sprecyzowała ten wniosek wyjaśniając, że domaga się przywrócenia terminu do zapłaty składki i jest skłonna dopłacić brakującą część składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za okres od 17 stycznia 2017 r. do 31 stycznia 2017 r.

Sąd Apelacyjny wskazał, że przy ponownym rozpoznaniu sprawy organ rentowy oceni, czy istnieją przesłanki do wyrażenia zgody na uzupełnienie przez odwołującą po terminie składki i wówczas wyda decyzją dotyczącą podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu odwołującą za okres od 17 stycznia 2017 r. do 31 stycznia 2017 r.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. na skutek wyroku Sądu Apelacyjnego w Białymstoku wydał zaskarżoną decyzję z 15 marca 2018 r.

Sąd Okręgowy w Białymstoku ponownie rozpoznający sprawę, wskazał, że istotą sporu było ustalenie, czy wnioskodawczyni z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, w okresie wskazanym kwestionowaną decyzją, podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Sąd pierwszej instancji zaznaczył przy tym, że kwestia dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego uregulowana jest w ustawie z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778 ze zm.). Powołując się na treść art. 14 ust. 1 i ust. 2 punkt 2 powołanej ustawy, oraz art. 47 ust. 1 wskazał, że A. B. uiszczając składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe pomniejszyła podstawę wymiaru składek za okres niezdolności do pracy od 11 stycznia 2017 r. do 27 stycznia 2017 r. Decyzją z 09 stycznia 2017 r. organ rentowy odmówił wnioskodawczyni prawa do zasiłku chorobowego za okres od 11 stycznia 2017 r. do 27 stycznia 2017 r.

W ocenie Sądu pierwszej instancji, spór sprowadzał się zatem do rozstrzygnięcia, czy nieopłacenie składki w pełnej wysokości powinno skutkować wyłączeniem skarżącej z dobrowolnego ubezpieczeń chorobowego.

Sąd Okręgowy zaznaczył przy tym, że oceny skutku określonego w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej należy dokonać nie tylko z uwzględnieniem pojęcia "nieopłacenia składki w terminie", ale również okoliczności temu towarzyszących. Uwzględnieniu podlega wola ubezpieczonego jako przesłanka ustania ubezpieczenia w zgodzie z celem jego czynności. Sąd Okręgowy w składzie rozpoznającym niniejszą sprawę w tym przedmiocie podzielił w całej rozciągłości orzecznictwo Sądu Najwyższego wyrażone w wyroku z 08 grudnia 2015 r. w sprawie II UK 443/14 zgodnie z którym tylko zaniechanie zapłaty składki w terminie wyraża wolę zaprzestania podlegania 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.

W ocenie Sądu pierwszej instancji, A. B. swym zachowaniem nie wyraziła w sposób dostateczny woli dokonania czynności prawnej przypisanej jej przez organ rentowy (wyłączenie z ubezpieczenia chorobowego). Jej zachowanie wskazywało na zamiar osiągnięcia innego skutku, co wprost uzewnętrzniła, wnosząc o zezwolenie na późniejsze opłacenie (uzupełnienie) składki. Należy mieć również na uwadze, że odwołująca po wydaniu i doręczeniu zaskarżonej decyzji opłaciła brakującą kwotę składek za styczeń 2017 r. wraz z odsetkami za opóźnienie oraz złożyła stosowną deklarację w dniu 10 kwietnia 2018 r. uwzględniającą okres obejmujący zwolnienie od 17 stycznia 2017 r. do 27 stycznia 2017 r., a następnie w dniu 19 stycznia 2017 r. deklarację za cały styczeń 2017 r.

W zaistniałej sytuacji, zdaniem Sądu Okręgowego, ocena czy istnieją przesłanki do wyrażenia zgody na uzupełnienie przez odwołującą po terminie składki stanowią okoliczności uboczne i nie mają istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. Organ rentowy błędnie zinterpretował opłacenie składki w kwocie niższej od należnej jako nieopłacenie składki i nadał mu skutek przewidziany w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej. Wadliwym byłoby dokonywanie przez Sąd ustaleń i rozważań w zakresie okoliczności dających możliwość przywrócenia terminu do opłacenia składki po terminie.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Okręgowy na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że ustalił, iż A. B. podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od 17.01. do 31.01.2017 r.

Apelację od powyższego wyroku wniósł Zakład Ubezpieczeń Społecznych, który zaskarżył wyrok Sądu Okręgowego w całości i zarzucił mu:

1. naruszenie przepisów postępowania, mianowicie:

- art. 386 § 6 k.p.c. mające istotny wpływ na rozstrzygnięcie poprzez bezzasadne przyjęcie przez Sąd Okręgowy, iż ocena czy istnieją przesłanki do wyrażenia zgody na uzupełnienie przez odwołującą po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe stanowią okoliczności uboczne i nie mają istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy, co pozostaje w oczywistej sprzeczności z oceną prawną i wskazaniem zawartymi w wydanym w niniejszej sprawie wyroku Sądu Apelacyjnego, III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z 14 lutego 2018 r., sygn.. akt III AUa 815/17,

- art. 233 § 1 k.p.c. mając istotny wpływ na rozstrzygnięcie przez błędną ocenę materiału dowodowego oraz nieuzasadnione przyjęcie przez Sąd Okręgowy, iż organ błędnie zinterpretował opłacenie składki w kwocie niższej od należnej i nadał mu skutek przewidziany w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych z jednoczesnym zaniechaniem przez Sąd pierwszej instancji oceny działania organu w zakresie niewyrażenia zgody na uzupełnienie przez odwołującą po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, niebędącą wcześniej objętą dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, przebywającą w okresie od 11.01.2017 r. do 27.01.2017 r. na zwolnieniu lekarskim i zgłaszającą się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z zamiarem uzyskania prawa do zasiłku chorobowego od 11.01.2017 r. – odmówionego przez organ decyzją z 09.01.2017 r.,

2. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj. art. 11 ust. 2 w zw. z art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 14 ust. 1, ust. 1a, ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 963 ze zm.) poprzez ich niewłaściwe zastosowanie w błędnie ustalonym przez Sąd pierwszej instancji stanie faktycznym sprawy oraz nieuwzględnienie, iż brak wyrażenia przez organ zgody na opłacenie przez odwołującą po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, wskazuje, iż odwołująca nie podlega w okresie od 17 stycznia 2017 r. do 31 stycznia 2017 r. z mocy prawa dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Wskazując na powyższe, organ rentowy wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w całości i oddalenie odwołania od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania oraz zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego.

Odwołująca w odpowiedzi na apelację, wniosła o jej oddalenie w całości i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego na rzecz odwołującej według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja organu rentowego jako bezzasadna podlegała oddaleniu.

Odnosząc się w pierwszej kolejności do zarzutów sformułowanych w apelacji dotyczących naruszenia przepisów postępowania, wskazać należy, że Sąd Apelacyjny w pełni podziela ustalenia stanu faktycznego dokonane przez Sąd pierwszej instancji i przyjmuje je w całości, czyniąc podstawą własnego rozstrzygnięcia. Zbędne jest zatem ich ponowne przedstawienie w tym miejscu, ponieważ orzekając na podstawie materiału zgromadzonego w postępowaniu w pierwszej instancji i oddalając apelację, sąd odwoławczy nie musi powtarzać dokonanych ustaleń, lecz wystarczy stwierdzenie, że przyjmuje je za własne. W ocenie Sądu Apelacyjnego, Sąd pierwszej instancji przeprowadził wyczerpujące postępowanie dowodowe, a zebrany materiał poddał wszechstronnej ocenie z zachowaniem granic swobodnej oceny dowodów przewidzianej przez art. 233 § 1 k.p.c.

Co istotne, stan faktyczny sprawy nie uległ żadnym zmianom w toku ponownego jej rozpoznawania. Przypomnieć bowiem należy, że zaskarżony wyrok zapadł w wyniku ponownego rozpoznania sprawy wskutek uchylenia wyroku Sądu Okręgowego w Białymstoku z 27 września 2017 r. wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 14 lutego 2018 r. w części dotyczącej podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 17 stycznia 2017 r. do 31 stycznia 2017 r. oraz poprzedzającej go decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. z 11 stycznia 2017 r. i sprawę w tym zakresie przekazano do ponownego rozpoznania organowi rentowemu.

Odnośnie podnoszonego w środku odwoławczym zarzutu naruszenia art. 386 § 6 k.p.c., zauważyć należy, że kwestię sporną stanowiła dokonana przez Sąd Okręgowy ocena, że przesłanki do wyrażenia zgody na uzupełnienie przez odwołującą po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, stanowią okoliczności uboczne i nie mają istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. W ocenie organu rentowego powyższe pozostaje w oczywistej sprzeczności z oceną prawną i wskazaniem zawartymi w wydanym w sprawie wyroku Sądu Apelacyjnego w Białymstoku III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z 14 lutego 2018 r., sygn. akt III AUa 815/17. Sąd Apelacyjny w Białymstoku wydając rozstrzygnięcie w sprawie III AUa 815/17 (VU 654/17) nie podzielił poglądu Sądu pierwszej instancji zgodnie z którym opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w niepełnej wysokości spowodowało wyłączenie odwołującej z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego i w tym zakresie uchylił zaskarżony wyrok i poprzedzając go decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z 11 maja 2017 r. przekazując w tym zakresie sprawę do ponownego rozpoznania organowi rentowemu. W związku z powyższym nietrafiony jest zarzut apelującego dotyczący naruszenia art. 386 § 6 k.p.c., albowiem jak słusznie zauważył Sąd pierwszej instancji w sytuacji, kiedy organ rentowy błędnie zinterpretował opłacenie składki w kwocie niższej od należnej jako nieopłacenie składki i nadał mu skutek przewidziany w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, niecelowym byłoby dokonywanie przez Sąd ustaleń i rozważań w zakresie okoliczności dających możliwość przywrócenia terminu do opłacenia składki po terminie.

Poza sporem w sprawie pozostaje, że A. B. od 5 marca 2016 r. do 31 grudnia 2016 r. była zgłoszona do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych: emerytalnego, rentowych, chorobowego i wypadkowego oraz do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu pracowniczego zatrudnienia. 17 stycznia 2017 r. odwołująca zgłosiła się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej od 1 stycznia 2017 r. Składkę na ubezpieczenie społeczne za powyższy okres opłaciła 7 lutego 2017 r., w tym na ubezpieczenie chorobowe za styczeń 2017 r. w wysokości 366,98 złotych od podstawy wymiaru składek w wysokości 1.155,14 zł, co wynikało z przedłożonego przez odwołującą zwolnienia lekarskiego za okres od 11 stycznia 2017 r. do 27 stycznia 2017 r.

Kwestią sporną natomiast stanowiło, czy brak zgody organu rentowego na opłacenie przez odwołującą składki na dobrowolnie ubezpieczenie chorobowe po terminie, winien skutkować wykluczeniem odwołującej w okresie od 17 stycznia 2017 r. do 31 stycznia 2017 r. z podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Sąd Apelacyjny w pełni podziela stanowisko wyrażone przez Sąd Najwyższy we wspomnianym przez Sąd pierwszej instancji wyroku z 8 grudnia 2015 r., II UK 443/14 (Legalis, nr 396477), w którym stwierdził, że "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 27 czerwca 2001 r., II UKN 439/00, OSNP 2003 nr 7, poz. 181, z 3 lutego 1989 r., II URN 299/99, oraz z 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.

W tym kontekście opłacenie w terminie tylko części należnej składki, traktowane jako podstawa ustania ubezpieczenia dobrowolnego ex lege, jest co najmniej wątpliwe. Zajmowane jest stanowisko, że opłacenie składki w niepełnej wysokości w ogóle nie wyczerpuje przesłanki ustania ubezpieczenia jako „nieopłacenie” składki, lecz może być ewentualnie podstawą do stosowania przez organ rentowy sankcji określonych w art. 24 ustawy, np. wymierzenia dodatkowej opłaty (por. J. Stelina, Dobrowolne ubezpieczenie emerytalne, (w:) T. Binczycka- Majewska (red.),

Konstrukcje prawa emerytalnego, Kraków 2004, s. 311) lub pociągać konieczność zapłacenia odsetek (por. W. Sobczak, Dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, PUSiG 2000, nr 2, s. 11-12). Tak też wypowiedział się Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00 (OSNP 2003 nr 10, poz. 257).

Istnieją także racje systemowe uzasadniające interpretację skutku określonego w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z uwzględnieniem woli ubezpieczonego jako przesłanki ustania ubezpieczenia w zgodzie z celem jego czynności. 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. Jeżeli taka jest wola ubezpieczonego, to nie może jej być przeciwstawiona decyzja organu ubezpieczeń społecznych o odmowie przyjęcia uzupełnienia składki w późniejszym terminie. Deklaratoryjna decyzja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w przedmiocie zgody na późniejsze opłacenie składki, której skutek polega na zniwelowaniu faktu ustania ubezpieczenia, w tym wypadku potwierdza jedynie uprawnienia danej osoby (por. K. Antonów, Dobrowolne i kontynuowane ubezpieczenia społeczne, PUSiG 2001 nr 11, s. 3; T. Bińczycka, Dobrowolne ubezpieczenie społeczne w polskim systemie prawnym, PUSiG 1997 nr 5, s. 25)".

Przenosząc te rozważania Sądu Najwyższego, które Sąd Apelacyjny w niniejszym składzie w pełni akceptuje, na grunt rozpoznawanej sprawy, przy dokonaniu ustaleniu, że składka na ubezpieczenie chorobowe, w wypadku skarżącej - ubezpieczonej dobrowolnie, za styczeń 2017 r. została opłacona, Sąd przyjął, że ubezpieczona nie wyraziła woli wyłączenia się z ubezpieczenia. Przeciwnie, jej wola kontynuacji ubezpieczenia dobrowolnego w styczniu 2017 r. została wyrażona we właściwym czasie i formie, a tylko z błędem w wyliczeniu należnej kwoty, który to błąd wynikał z nieprawidłowego uwzględnienia przez odwołującą okresu niezdolności do pracy od 11 stycznia 2017 r. do 27 stycznia 2017 r.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego i sądów powszechnych oraz literaturze przedmiotu jako przyczyny uzasadniające wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie w rozumieniu art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych 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. Zgoda na opłacenie składki po terminie, co wymaga podkreślenia, nie wiąże się z koniecznością wystąpienia szczególnie uzasadnionego, wyjątkowego przypadku, czy szczególnie uzasadnionych okoliczności. Przywołany przepis nie powinien być interpretowany z nadmiernym rygoryzmem, tak aby każde uchybienie terminowi opłacenia składki niejako automatycznie prowadziło do wyłączenia z ubezpieczenia, bez względu na zaistniałe okoliczności. Przez przypadek uzasadniony należy więc rozumieć taki, który obiektywnie usprawiedliwia i tłumaczy, dlaczego składka nie została w terminie opłacona w należnej wysokości (por. powołany wyżej wyrok Sądu Najwyższego z 19 stycznia 2016 r., I UK 35/15; wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 19 lipca 2017 r., III AUa 1434/16, LEX nr 2333181 oraz wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 13 marca 2018 r., III AUa 671/17, LEX nr 2490989).

Jak słusznie zauważył Sąd Okręgowy, odwołująca po wydaniu i doręczeniu zaskarżonej decyzji opłaciła brakującą kwotę składek za styczeń 2017 r. wraz z odsetkami za opóźnienie oraz 10 kwietnia 2018 r. złożyła stosowną deklarację uwzględniającą okres obejmujący zwolnienie od 17 stycznia 2017 r. do 27 stycznia 2017 r., a następnie deklarację za cały styczeń 2017 r. Okoliczność podnoszona przez apelującego, że składka została przez odwołującą opłacona z rocznym opóźnieniem nie znajduje w przedmiotowym stanie faktycznym oparcia, bowiem zauważyć należy, że w stosunku do odwołującej przez cały ten okres toczyło się postępowanie zainicjowane decyzją z 11 maja 2017 r. wydaną przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Tym samym, nietrafione zdaniem Sądu Apelacyjnego wydaje się być twierdzenie apelującego, że odwołująca zgłaszając się 17 stycznia 2017 r. tj. w trakcie przebywania na zwolnieniu lekarskim do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego działała z zamiarem uzyskania w trakcie choroby objęcia ubezpieczeniem chorobowym i uzyskania prawa do zasiłku chorobowego od 11 stycznia 2017 r., w szczególności mając na uwadze treść przywołanego wyżej orzeczenia Sądu Najwyższego w sprawie I UK 443/14 oraz zasadę dobrowolności przystąpienia

do ubezpieczenia wyrażaną przez zgłoszenie stosownego wniosku (art. 11 ust. 2 i art. 36 ust. 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych).

W świetle powyższych ustaleń i rozważań zarzuty obrazy przepisów postępowania (art. 386 § 6 k.p.c. i art. 233 § 1 k.p.c.) należało uznać za nieuzasadnione. W konsekwencji prawidłowo poczynionych ustaleń faktycznych, Sąd pierwszej instancji nie dopuścił się również naruszenia przepisów prawa materialnego tj. art. 11 ust. 2 w zw. z art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 14 ust. 1 i 1a, ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, prawidłowo uznając, że A. B. podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od 17 stycznia 2017 r. do 31 stycznia 2017 r.

Mając powyższe na uwadze Sąd Apelacyjny w oparciu o dyspozycję art. 385 k.p.c. oddalił apelację organu rentowego jako bezzasadną.

SSA Dorota Elżbieta Zarzecka SSA Teresa Suchcicka SSA Marek Szymanowski