

Sygn. akt III AUa 814/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 października 2015 r.

Sąd Apelacyjny - III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Gdańsku

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Maciej Piankowski
Sędziowie:	SSA Aleksandra Urban SSA Alicja Podlewska (spr.)
Protokolant:	stażysta Sylwia Gruba

po rozpoznaniu w dniu 26 października 2015 r. w Gdańsku

sprawy K. K. (1)

z udziałem zainteresowanego J. K. (1)

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B.

o ubezpieczenie chorobowe

na skutek apelacji K. K. (1)

od wyroku Sądu Okręgowego w Bydgoszczy VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 3 lutego 2015 r., sygn. akt VI U 1390/14

1. zmienia zaskarżony wyrok i stwierdza, że K. K. (1), jako osoba współpracująca z J. K. (1), podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 01 października 2013r. do 31 października 2013r.;

2. zasądza od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. na rzecz K. K. (1) kwotę 150 (sto pięćdziesiąt 00/100) zł tytułem zwrotu kosztów procesu za drugą instancję.

SSA Alicja Podlewska SSA Maciej Piankowski SSA Aleksandra Urban

Sygn. akt III AUa 814/15

UZASADNIENIE

Decyzją nr (...) z dnia 14 kwietnia 2014 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. stwierdził, że K. K. (1), jako osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą - J. K. (1) - nie podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 1.10.2013 r. do 31.10.2013 r. W uzasadnieniu decyzji organ rentowy wyjaśnił, iż decyzja jest konsekwencją ustalenia, iż składka na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe K. K. (1) za

październik 2013 została opłacona po terminie, nadto odmowy uwzględnienia jej wniosku o wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie.

W odwołaniu od tej decyzji K. K. (1) domagała się zmiany decyzji i orzeczenia, że podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 1 października 2013 r. do 31 października 2013 r., jako osoba współpracująca. Podała, płatnik złożył w banku w dniu 15 listopada 2013 r., polecenie przelewu, które zostało zrealizowane dopiero w dniu 18 listopada 2013 r., a o tym fakcie ubezpieczona dowiedziała się dopiero przy okazji odmówienia jej zasiłku chorobowego za okres od 1 grudnia 2013 r. do 24 stycznia 2014 r. Ubezpieczona złożyła w dniu 15 stycznia 2014 r. wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie, pomimo że płatnik w dniu 18 listopada 2013 r. zwrócił się do Zakładu o wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie i uzyskał decyzję pozytywną. Uprawnienie Zakładu wynikające z art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U z 2009r. poz. 1585 ze zm. – dalej: „ustawa”) nie może oznaczać arbitralności i dowolności; powinno być oparte na podstawie obiektywnych i sprawdzalnych kryteriów. Ubezpieczonej nie można przypisać winy w powstaniu opóźnienia w płatności składki, ponieważ nie była ona płatnikiem, a jednocześnie płatnik podjął w terminie niezbędne czynności dla zapewnienia opłacenia składki. Wykonanie przelewu w ostatnim dniu płatności nie może świadczyć o lekkomyślności czy niedbalstwie płatnika, opóźnienie w płatności powstało niezależnie od jego działań.

W odpowiedzi na odwołanie, Zakład Ubezpieczeń Społecznych wniósł o jego oddalenie, podtrzymując swoje dotychczasowe stanowisko.

Zainteresowany J. K. (1) poparł odwołanie Oświadczył, że podlega ubezpieczeniu od 2006 r., zatrudnia łącznie 8 osób i zawsze regularnie opłacał składki na ubezpieczenia społeczne.

W piśmie z 8 października 2014 r. organ wskazał, że wniosek zainteresowanego o przywrócenie terminu został uwzględniony, gdyż podlegał on ubezpieczeniu z tego tytułu od wielu lat, nie zgłaszał wniosków o wypłatę zasiłku chorobowego, natomiast odwołującej odmówiono przywrócenia terminu ze względu na krótki okres podlegania ubezpieczeniu, zgłoszenie maksymalnej podstawy wymiaru składki, nadto odwołująca zgłosiła wniosek o wypłatę świadczenia z powodu ciąży w krótkim okresie od zgłoszenia do ubezpieczenia. Jednocześnie organ wskazał, że wypłacił odwołującej zasiłek chorobowy za kres od 30 stycznia 2014 r. do 30 marca 2014 r., z uwzględnieniem maksymalnej podstawy wymiaru składki (k. 23).

Wyrokiem z dnia 3 lutego 2015r. Sąd Okręgowy w Bydgoszczy, w sprawie sygn. VI U 1390/14, oddalił odwołanie ubezpieczonej. Swoje rozstrzygnięcie Sąd I instancji oparł na następujących ustaleniach faktycznych i prawnych.

J. K. (1) prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą od 2006 r. Zatrudnia obecnie około 8 osób. Opłaca składki na ubezpieczenia społeczne za siebie i swoich pracowników. W sierpniu 2013 r. współpracę w jego przedsiębiorstwie podjęła jego żona - K. K. (1) i została zgłoszona do ubezpieczeń społecznych oraz do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego począwszy od dnia 14 sierpnia 2013 r. Jako podstawę wymiaru składki zadeklarowano 250% prognozowanego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia za pracę, tj. maksymalną wysokość (okoliczności niesporne).

Składki za miesiąc październik 2013 r. J. K. (1) nie uiścił w terminie. Przelewu bankowego dokonał w dniu 18 listopada 2013 r. Z uwagi na opóźnienie przelewu, w dniu 26 listopada 2013 r. J. K. (1) złożył wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składek - między innymi za miesiąc październik 2013 r. – po terminie. Zakład Ubezpieczeń Społecznych takiej zgody mu udzielił, o czym poinformował zainteresowanego pismem z dnia 28 listopada 2013 r.

K. K. (2) o skutkach nieopłacenia składki w terminie dowiedziała się w związku z odmówieniem jej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych zasiłku chorobowego za okres od 1 grudnia 2013 r. do dnia 24 stycznia 2014 r. W dniu 15 stycznia 2014 r. złożyła wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie. Zakład, pismem z dnia 7 lutego 2014 r. poinformował ją o odmowie przywrócenia terminu, wobec czego zwróciła się o wydanie decyzji w tym przedmiocie. W konsekwencji Zakład wydał przedmiotową decyzję.

Sąd Okręgowy wyjaśnił, iż powyższy stan faktyczny ustalił w oparciu o zgromadzone w sprawie dokumenty oraz zeznania zainteresowanego J. K. (2). Ponieważ strony nie kwestionowały załączonych do akt dokumentów, jak również nie budziły one wątpliwości Sądu, zostały one uznane za wiarygodne w całości.

Sąd uznał zeznania zainteresowanego J. K. (1) za wiarygodne w części, tj. poza terminem dokonania przelewu, gdyż w tym zakresie pozostawały one w sprzeczności z treścią załączonych przelewów bankowych, z których jednoznacznie wynika, że transakcje zostały zlecone w dniu 18 listopada 2013 r., a nie 15 listopada 2013 r., jak wskazywał zainteresowany. Jednocześnie nie był on w stanie kategorycznie potwierdzić kiedy dokonał przelewów, co dodatkowo wpływało na negatywną ocenę wiarygodności jego zeznań w tym zakresie. W pozostałym zakresie zeznania zainteresowanego pozostawały, w ocenie Sądu, w zgodzie z zebranymi w sprawie dokumentami i nie wzbudzały wątpliwości pod względem ich spójności i logicznej konsekwencji.

Sąd I instancji wyjaśnił, iż zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym podlegają osoby fizyczne, które na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej są osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność oraz osobami z nimi współpracującymi. Osoby te, podlegają dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, na swój wniosek (art. 11 ust. 2 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. Objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie (art. 14 ust. 1 i la ustawy). Ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe, o których mowa wyżej, 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; w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie;
- 3) od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom (art. 14 ust. 2 ustawy).

Nieopłacenie w terminie składek na ubezpieczenia społeczne przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność powoduje ustanie ubezpieczenia chorobowego także osoby z nią współpracującej. Przez nieopłacenie składki należy rozumieć zarówno sytuację, gdy składki na ubezpieczenia społeczne, w tym na chorobowe, nie zostały za dany miesiąc opłacone, jak i gdy wpłata miała miejsce, ale była dokonana po terminie lub w niepełnej wysokości. Należności z tytułu składek mogą być regulowane w formie gotówkowej lub w drodze obciążenia rachunku bankowego płatnika. Stosownie do art. 60 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Ordynacja podatkowa (tekst jednolity: Dz. U. z 2012 r. poz. 749 ze zm.), który na podstawie art. 31 ustawy ma zastosowanie do składek, terminem opłacania składek będzie przy przelewie - dzień obciążenia rachunku bankowego podatnika lub rachunku podatnika w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej lub rachunku płatniczego podatnika w instytucji płatniczej na podstawie polecenia przelewu.

Odmowa wyrażenia zgody na opłacenie składki ubezpieczeniowej po terminie podlega kontroli sądu. W postanowieniu z dnia 14 listopada 2007 r., II UK 65/07, Sąd Najwyższy wskazał, że organ rentowy został wyposażony w kompetencję wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie, czyli uznania, że mimo nieopłacenia składki w terminie ubezpieczenie nie ustało. W ustawie nie zostały określone przesłanki „wyrażenia zgody” na opłacenie składki po terminie, co jednak nie oznacza przyznania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych niczym nieskrępowanego uznania w uwzględnieniu lub nieuwzględnieniu wniosku o wyrażenie zgody. Przyznana kompetencja winna być wykonywana według sprawdzalnych, sprawiedliwych kryteriów. Zakład Ubezpieczeń Społecznych wyposażony w uprawnienie

wyrażania zgody na opłacenie składki po terminie winien ujawnić, jakimi przesłankami kierował się, odmawiając jej. Pogląd ten Sąd Okręgowy w pełni podziela.

Przy ocenie wniosku o wyrażenie zgody na opłacenie składek po upływie terminu konieczne jest wzięcie pod uwagę wszystkich istotnych okoliczności, które mogłyby tłumaczyć powstanie opóźnienia. Ustawa w art. 14 ust. 2 pkt 2 posługuje się pojęciem „uzasadnionego przypadku”. Nie wymaga, aby był to przypadek szczególnie uzasadniony, czy aby były to wyjątkowe okoliczności. Nie uzależnia też wyrażenia zgody od braku winy po stronie wnioskodawcy. Ustawa wymaga jedynie, aby był to przypadek uzasadniony, czyli taki, który obiektywnie usprawiedliwia i tłumaczy dlaczego składka nie została zapłacona w terminie. Przepis ten nie powinien być traktowany z nadmiernym rygoryzmem, w tym znaczeniu że niejako automatycznie prowadzi do wyłączenia z ubezpieczenia, bez względu na okoliczności. Trzeba zatem wziąć pod uwagę te szczególne wypadki, gdy z przyczyn niezależnych w danym miesiącu uiszczenie składki nie następuje. Jest to tym bardziej uzasadnione gdy dochodzi jedynie do zaniżenia wysokości tej składki, niedopatrzenie to zostaje niezwłocznie naprawione, nie ma ono charakteru działania specjalnego, mającego niejako „oszukać” system ubezpieczeń społecznych.

Jak wskazał Sąd Apelacyjny w Poznaniu w wyroku z dnia 31 lipca 2014 r., w sprawie III AUa 1960/13: „uzasadnione jest wyrażenie zgody na opłacenie przez osobę ubezpieczoną składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie, w sytuacji gdy z dotychczasowego przebiegu ubezpieczenia wynika, że przez długi już okres uiszcza ona składki ubezpieczeniowe z tytułu działalności gospodarczej i jest rzetelnym płatnikiem składek, niedopuszczającym do powstawania zaległości z tytułu składek wobec ZUS”. Pogląd ten Sąd Okręgowy akceptuje i przyjmuje za własny. Nie ulega wątpliwości, że dotychczasowy przebieg ubezpieczenia, w tym terminowość opłacania składek we wcześniejszych okresach, będzie rzutowało 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.

Uchybienie w płatności składki przez płatnika powoduje negatywne skutki dla ubezpieczonego. Musi on, niezależnie od płatnika składek, uzyskać stosowne zezwolenie organu na uiszczenie składki po terminie. W tym więc wypadku, ocena okoliczności dla płatnika i ubezpieczonego następuje w odrębnych postępowaniach i zawiera ocenę okoliczności indywidualnych dla każdego z nich. Może się więc zdarzyć, że organ, po dokonaniu tej oceny, wyda dwie różnej treści decyzje.

W konsekwencji Sąd I instancji przyznał rację organowi rentowemu, który odmówił ubezpieczonej zgody na opłacenie składek po upływie terminu. Wskazał, że składka została opłacona z trzydniowym opóźnieniem. Odwołująca twierdziła, że przelew składki został zlecony w dniu 15 listopada 2013 r., a wykonany jedynie z opóźnieniem, tj. w dniu 18 listopada 2014 r. Gdyby faktycznie przelew zlecono w dniu 15 listopada, czyli w ostatnim dniu do uiszczenia składki i bank obciążyłby tego dnia konto płatnika, wówczas składkę należałoby uznać za opłaconą w terminie. Wskazuje na to treść, przywołanego wcześniej i stosowanego odpowiednio, art 60 § 1 pkt 2 Ordynacji podatkowej. Sytuacja taka nie miała jednak miejsca w przedmiotowym wypadku. Z załączonych do akt sprawy potwierdzeń przelewu wynika jednoznacznie, że data wykonania operacji i data księgowania były tożsame i był to dzień 18 listopada 2013 r. Brak jest jakichkolwiek podstaw aby podzielić stanowisko odwołującej, że wydanie dyspozycji przelewu nastąpiło w dniu 15 listopada 2013 r. Tym samym zapłata należnych składek nastąpiła z uchybieniem terminu i konieczne było złożenie wniosku przez płatnika i ubezpieczoną o wyrażenie przez Zakład zgody na uiszczenie składek po terminie.

W uzasadnieniu swych rozstrzygnięć organ wskazał, jako podstawowe kryterium, dodatkowy przebieg ubezpieczenia - długość trwania ubezpieczenia, terminowość opłacania składek, a dodatkowo, w stosunku do odwołującej, także fakt zadeklarowania przez nią maksymalnej podstawy wymiaru składki i zgłoszenia niezdolności do pracy od dnia 1 grudnia 2013 r. Powyższe kryteria, w ocenie Sądu Okręgowego, są dostatecznie jasne i uzasadnione. Jak wskazano wyżej, przy wydawaniu decyzji konieczna jest indywidualna ocena każdego przypadku. Organ wyraził zgodę na uiszczenie przez zainteresowanego składek po terminie z uwagi na wieloletnie trwanie ubezpieczenia z tego tytułu i dotychczasowe

uiszczanie składek w prawidłowej wysokości i zazwyczaj w terminie. Uchybienia w płatnościach dotyczyły przede wszystkim 2012 r., zaś w 2013 r. obejmowały jedynie miesiąc czerwiec i październik.

Tymczasem, odwołująca została zgłoszona do ubezpieczenia dopiero w dniu 14 sierpnia 2013 r., a więc niespełna dwa miesiące przed spornym okresem. Nie mogło ująć uwadze także to, że zadeklarowała ona maksymalną podstawę wymiaru składki, tj. 250% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia oraz to, że począwszy od dnia 1 grudnia 2013 r. zgłosiła wniosek o wypłatę zasiłku chorobowego w związku z ciążą. Wyjątkowo krótki okres trwania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, zgłoszenie maksymalnej wysokości podstawy wymiaru składki i zgłoszenie roszczenia o wypłatę zasiłku chorobowego w niedługim okresie od rozpoczęcia ubezpieczenia, zdaniem Sądu I instancji przemawiały za brakiem podstaw do wyrażenia zgody na zapłatę składki po upływie terminu. Odwołująca oraz przesłuchany interwenient - płatnik składek, nie podali żadnej zasługującej na uwzględnienie przyczyny, dla której doszło do opóźnienia w płatności. Jak wynika z zeznań J. K. (1), przyczyną dokonania przelewu z opóźnieniem była po prostu nieuwaga. Nie uczynił on tego, jak twierdził, w ostatnim dniu terminu, ale dopiero trzy dni później. Wynika to wprost z treści przelewów bankowych. Odwołująca nie wskazała na istnienie jakiejkolwiek okoliczności, która usprawiedliwiałaby opieszałość w zapłacie składki. Istnienie obiektywnych przeszkód czy trudności, z uwagi na które nie opłacono składki w terminie, jak choćby choroba, pozwoliłoby na uwzględnienie odwołania. W przedmiotowym przypadku brak jest jednak tego rodzaju przesłanek. Nieterminowość uiszczenia należnej składki nastąpiła z uwagi na brak należytej staranności płatnika, a dotychczasowy krótki okres ubezpieczenia, zgłoszenie maksymalnej podstawy wymiaru składki i złożenie wniosku o wypłatę zasiłku chorobowego po upływie trzech i pół miesiąca od rozpoczęcia ubezpieczenia, wskazywały na możliwość „oszukania” systemu ubezpieczeń społecznych, jak to wyraził Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z dnia 19 września 2013 r., w sprawie III AUa 1875/12.

Wobec powyższego, w oparciu o art 477¹⁴ § 1 kpc w związku z art. 14 ust. 2 pkt 2 a contrario cyt. ustawy, Sąd Okręgowy oddalił odwołanie.

Apelację od powyższego wyroku wniosła ubezpieczona K. K. (1) wnosząc o jego zmianę poprzez orzeczenie, iż w okresie 1-31 października 2013r. podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, nadto o zasądzenie na jej rzecz kosztów postępowania wg norm przepisanych. Zarzuciła:

1. naruszenie prawa materialnego tj. art. 14 ust 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez błędną jego wykładnię polegającą na: uznaniu, iż to na ubezpieczonej, niebędącej jednocześnie płatnikiem, równoległe z płatnikiem, ciąży obowiązek złożenia wniosku na wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie, oraz uznaniu, iż brak błędu po stronie ubezpieczonej nie jest wystarczającą przesłanką -uzasadnionym przypadkiem w rozumieniu tegoż przepisu;
2. naruszenie prawa procesowego tj. przepisu art. 233 § 1 k.p.c., poprzez uznanie, iż przesłanki leżące u podstaw decyzji ZUS z dnia 14 kwietnia 2014r. nie mają charakteru uzasadnionego przypadku w rozumieniu art. 14 ust 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Zdaniem ubezpieczonej stanowisko Sądu Okręgowego wyrażone w uzasadnieniu nie zasługuje na uwzględnienie, bowiem sąd niewłaściwie ocenił przesłanki leżące u podstaw odmowy ubezpieczonej zgody na opłacenie składki po upływie terminu.

Na gruncie niniejszej sprawy nie sposób uznać, iż opieszałość w opłaceniu składek leży po stronie ubezpieczonej. To nie na ubezpieczonej ciąży obowiązek opłacenia składek, tylko na płatniku. Ubezpieczona nie ma instrumentów przymusu wobec płatnika i możliwości weryfikacji faktu opłacenia przez płatnika składek na ubezpieczenie, a jednocześnie obciąża się ją konsekwencjami za zachowania niezależne od niej. Nie sposób zatem przypisać jej jakikolwiek niedbałości czy błędu, który uzasadniałby odmowę wyrażenia zgody do opłacenia składki po terminie. Nieuzasadniona jest również wykładnia jakoby to organ ubezpieczeniowy miałby także udzielać zgody ubezpieczonej - na jej wniosek obok wniosku samego płatnika. Płatnik jest uprawnionym do złożenia wniosku o wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie i taką zgodę uzyskał. Uznanie, iż taki obowiązek ciąży ponadto na ubezpieczonej i jej wniosek musi

podlegać odrębnej decyzji prowadziłyby do pewnego absurdu. Bowiem nawet gdyby organ ubezpieczeniowy wyraził ubezpieczonej zgodę na opłacenie składki ubezpieczonej to z racji tego, iż nie jest ona płatnikiem - nie może wykonać decyzji organu. Nie przysługują ubezpieczonej też żadne środki egzekwowania tej czynności (opłaceniu składki) wobec płatnika.

Nie powinno umykać zarówno organom ubezpieczeniowym jak i Sądom, że pomoc wynikająca z ubezpieczeń społecznych wywodzi się wprost z Konstytucji RP. Szczególnie intensywna pomoc i ochrona, jaką - w myśl art. 71 ust. 1 Konstytucji - władze publiczne zobowiązane są otaczać matkę, w okresie przed urodzeniem i po urodzeniu dziecka powinna wyraźnie przewyższać zwykłą ochronę, przysługującą matkom, rodzicom i rodzinie na gruncie art. 18 oraz art. 71 ust. 2 Konstytucji. Ustawodawca powinien tak określić sytuację prawną matki, aby szczególna pomoc miała charakter realny. Ubezpieczona wbrew twierdzeniom sądu nie miała na celu oszukanie systemu ubezpieczeń, a szukanie ochrony dla siebie i przyszłego dziecka i co należy wyraźnie podkreślić szukała tej pomocy w ramach obowiązujących przepisów, więc daleko idącym jest zarzucanie jej jakiejś formy oszustwa. Ustawodawca w ten sposób wyraził swą wolę ochrony (na drodze ustawowej) poprzez takie właśnie strumieniowanie środków pieniężnych, aby zabezpieczyć warunki bytowe matki i dziecka. Przy ocenie "sprawiedliwych kryteriów" winne być brane pod uwagę dobro matki i dziecka, nie zaś wyłącznie dobro skarbu państwa.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja jest zasadna, choć nie wszystkie zawarte w niej zarzuty są skuteczne.

Zarzut naruszenia art. 233 § 1 kpc jest nieadekwatny do treści tego przepisu, skoro skarżąca uzasadnia go wyłącznie wadliwą subsumpcją prawa materialnego. Nadto zgodnie z utrwalonym w orzecznictwie stanowiskiem zarzucenie zasady swobodnej oceny dowodów nie może polegać na przedstawieniu przez stronę alternatywnego stanu faktycznego, a tylko na podważeniu podstaw tej oceny z wykazaniem, że jest ona rażąco wadliwa lub oczywiście błędna (wyrok SN z 15 kwietnia 2004r. IV CK 274/03 Lex nr 164852). Aby skutecznie zarzucić przekroczenie zasady swobodnej oceny dowodów, czyli naruszenie art. 233 § 1 k.p.c., skarżąca powinna wskazać, jaki konkretnie dowód mający istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy sąd uznał za wiarygodny i mający moc dowodową albo za niewiarygodny i niemający mocy dowodowej, i w czym przy tej ocenie przejawia się naruszenie zasady swobodnej oceny dowodów (por. wyrok SN z 18 stycznia 2002 r. sygn. I CKN 132/01, Lex nr 53144). Apelacja tak skonstruowanych zarzutów nie przedstawia. Czym innym natomiast jest ocena prawna dokonanych ustaleń w ramach dochodzonych roszczeń. Prawdliwość takiej oceny prawnej podlega kontroli w ramach zarzutu naruszenia prawa materialnego.

Ustalenia faktyczne Sądu I instancji w zakresie okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia, jako niewadliwe, Sąd odwoławczy akceptuje i przyjmuje za własne, co czyni zbędnym ich ponowne powoływanie.

Błędne rozstrzygnięcie Sądu Okręgowego jest natomiast konsekwencją wadliwej wykładni i zastosowania prawa materialnego – art. 14 ust 2 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U z 2015r. poz. 121– dalej: „ustawa”), a konkretnie w oderwaniu od unormowania wynikającego z art. 16 ust 5a ustawy.

Stosownie do art. 16 ust 5 ustawy, składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe, chorobowe i wypadkowe osób współpracujących finansuje w całości z własnych środków osoba prowadząca pozarolniczą działalność. Skoro z powołanego przepisu wynika jednoznacznie, iż ciężar nie tylko odprowadzenia ale również opłacenia składki za osobę z nim współpracującą ponosi przedsiębiorca to tylko on - jako płatnik - może złożyć wniosek o zgodę na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie na podstawie do art. 14 ust 2 pkt 2 ustawy. Odmienna wykładnia tj. zaprezentowana przez ZUS i Sąd I instancji, stosownie do której legitymację do wystąpienia z takim wnioskiem miałyby mieć także osoby niezobowiązane do opłacania składki, jest sprzeczna z logiką (co słusznie zarzuca skarżąca) i wykładnią celowościową powołanych przepisów. Trudno zaakceptować bowiem wykładnię zobowiązującą osobę współpracującą do złożenia wniosku o zgodę, skoro nie może – w świetle prawa – ani samodzielnie sfinansować i odprowadzić składki, ani „przymusić” płatnika do zrealizowania tego obowiązku.

Sąd Apelacyjny podkreśla, iż przez ubezpieczonego, który, na podstawie art. 14 ust 2 pkt 2 ustawy, jest legitymowany do wystąpienia z wnioskiem do ZUS, należy rozumieć osobę, która, stosownie do przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, jest zobowiązana do opłacenia składki za siebie bądź za inne osoby i takiemu obowiązkowi uchybiła. Przepis art. 4 pkt 1 ustawy nie stoi w sprzeczności z taką interpretacją, skoro osoba prowadząca pozarolniczą działalność podlega z mocy prawa obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym i jest obowiązana do opłacania i finansowania samodzielnie składek na ubezpieczenie społeczne także za siebie (art. 16 ust 4 pkt 1 w związku z art. 6 ust 1 pkt 5 ustawy). Potwierdza również tą interpretację użycie przez ustawodawcę sformułowania „ubezpieczony” nie tylko w art. 16 ust 4 pkt 1, ale również w przepisach art. 16 ust 4 pkt 2 i art. 16 ust 11 ustawy, statuujących obowiązek pokrywania z własnych środków składek na ubezpieczenia społeczne,” w odniesieniu do osoby prowadzącej działalność gospodarczą, duchownego oraz osób wymienionych w art. 7, a zatem podmiotów wskazanych w art. 14 ust 2 pkt 2 ustawy.

Ustawodawca, w celu zapobieżenia skutków rygorystycznego, automatycznego wyłączenia z ubezpieczenia w sytuacji gdy płatnik opóźni się z płatnością składki – zarówno za siebie, jak i za osobę współpracującą – wyposażył organ rentowy w uprawnienie do wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie na podstawie indywidualnej oceny każdego przypadku. Przy czym, co należy podkreślić, chodzi o przyczyny leżące wyłącznie po stronie płatnika, bo to na nim spoczywał obowiązek terminowego odprowadzania składek. Nieuprawnione jest zatem weryfikowanie tego wniosku poprzez dokonywanie np. oceny długości okresu pozostawania w ubezpieczeniu, wysokości podstawy wymiaru składki w odniesieniu do osoby współpracującej z płatnikiem. Sąd Apelacyjny podziela w tym zakresie argumentację zaprezentowaną w apelacji.

Niesporne jest w sprawie, iż pozwany – na wniosek J. K. (1) – decyzją z dnia 28 listopada 2013r. (k. 1 a.r.) wyraził zgodę na opłacenie przez niego należnych składek na ubezpieczenie społeczne m.in. za miesiąc październik 2013r. Decyzja ta jest ostateczna i nie podlega kontroli Sądu w przedmiotowej sprawie. Pozytywna decyzja organu rentowego wydana w trybie art. 14 ust 2 pkt 2 ustawy, 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" (tak w wyroku z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00, OSNP 2003 Nr 10, poz. 257). Podsumowując płatnik stosownie składek opłacił w dniu 18 października 2013r., czego pozwany nie negował oraz uzyskał zgodę organu na ich opłacenie po terminie stosownie do art. 14 ust 2 pkt 2 ustawy, konsekwencją czego było kontynuowanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego skarżącej w spornym okresie. W świetle powyższego, orzeczenie o oddaleniu odwołania skarżącej było wadliwie.

Mając powyższe na względzie Sąd Apelacyjny, na mocy art. 386 § 1 kpc orzekł jak w punkcie 1 wyroku.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd odwoławczy orzekł zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu tj. art. 98 § 1 i 3 kpc. Koszty te obejmowały poniesioną przez stronę opłatę (30 zł) i wynagrodzenie pełnomocnika. Wysokość kosztów zastępstwa procesowego, Sąd II instancji ustalił stosownie do art. 109 § 2 kpc, § 2 ust 1 i 2, § 4 ust 1, § 13 ust 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 28 września 2002r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (t.j. Dz.U. z 2013r. poz. 461 ze zm.), biorąc pod uwagę ich niezbędny nakład pracy pełnomocnika oraz czynności podjęte przez niego w sprawie, a także charakter sprawy i wkład pełnomocnika w przyczynienie się do jej wyjaśnienia i rozstrzygnięcia.

SSA A.Podlewska (spr.) SSA M.Piankowski SSA A.Urban