

Sygn. akt III AUa 498/17

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 października 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku - III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Michał Bober
Sędziowie:	SSA Lucyna Ramlo (spr.) SSA Bożena Grubba
Protokolant:	sekr.sądowy Agnieszka Makowska

po rozpoznaniu w dniu 6 października 2017 r. w Gdańsku

sprawy K. B.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B.

o dobrowolne ubezpieczenie chorobowe

na skutek apelacji K. B.

od wyroku Sądu Okręgowego w Bydgoszczy VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 9 lutego 2017 r., sygn. akt VI U 2188/16

1. oddała apelację;
2. zasądza od K. B. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. kwotę 240,00 (dwieście czterdzieści 00/100) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

SSA Bożena Grubba SSA Michał Bober SSA Lucyna Ramlo

Sygn. akt III AUa 498/17

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 23 maja 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. stwierdził, iż K. B. nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od dnia 1 września 2005 r. do dnia 2 października 2005 r. W uzasadnieniu decyzji organ rentowy wskazał, iż nie wykazała ona składek należnych na ubezpieczenie społeczne w związku z prowadzoną przez nią pozarolniczą działalnością gospodarczą, w tym składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w deklaracjach rozliczeniowych za wrzesień i październik 2005 r. oraz nie dokonała wpłat tychże składek

na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych. Organ rentowy dodał również, iż zgodnie z wyrokiem Sądu Okręgowego w Bydgoszczy z dnia 9 marca 2016 r. w sprawie VI U 3115/15 dokonał weryfikacji okresu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej przez odwołującą.

Odwołanie od decyzji wniosła ubezpieczona zarzucając jej wadliwość. W uzasadnieniu odwołania wskazała, iż w dniu 9 marca 2016 r. złożyła wniosek o wyrażenie przez organ rentowy zgody na opłacenie składki na ubezpieczenie chorobowe po terminie za okres od dnia 1 września 2005 r. do dnia 2 października 2005 r. Wniosek ten złożyła do protokołu rozprawy toczącej się przed Sądem Okręgowym w Bydgoszczy w sprawie o sygn. akt VI U 3115/15. Oświadczyła, iż nie została poinformowana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. o wszczęciu postępowania administracyjnego w przedmiocie rozpoznania tego wniosku, ani też o konieczności skorygowania deklaracji za okres od dnia 1 września 2005 r. do dnia 2 października 2005 r. Odwołująca wniosła o zobowiązanie organu rentowego do wskazania podstaw wymiaru składki na ubezpieczenie za okres od dnia 1 września 2005 r. do dnia 2 października 2005 r. w celu dokonania odpowiedniej korekty deklaracji oraz opłacenia odpowiedniej wysokości składki. W piśmie procesowym z dnia 9 lipca 2016 r. odwołująca dodała, iż w spornym okresie nie opłaciła należnych składek w terminie, albowiem nie dysponowała odpowiednimi środkami finansowymi na ten cel. Wskazała, iż jest osobą niepełnosprawną, schorowaną, dochód uzyskiwany ówczesnie z działalności gospodarczej przeznaczala w dużej mierze na zakup leków i specjalistyczne leczenie. Nie miała wówczas prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, nie otrzymywała zasiłku chorobowego. Odwołująca wskazała, iż w pismach z dnia 23 czerwca 2008 r. oraz z dnia 30 lipca 2008 r. organ rentowy powiadomił ją o powinności opłacania składek z uwagi na brak prawa do zasiłku chorobowego.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniosł o jego oddalenie oraz o zasądzenie od odwołującej się na jego rzecz zwrotu kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Okręgowy w Bydgoszczy VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z dnia 9 lutego 2017 r. w sprawie VI U 2188/16 oddalił odwołanie (punkt pierwszy) oraz nie obciążył odwołującej kosztami zastępstwa procesowego strony przeciwnej (punkt drugi).

Podstawę tego rozstrzygnięcia stanowiły następujące ustalenia i rozważania Sądu pierwszej instancji. K. B. urodziła się (...) Od 12 lat prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą pod firmą Zakład Produkcyjno – Handlowy (...) z siedzibą w P., polegającą na produkcji lizaków. Od stycznia 1999 r. ubezpieczona podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. W okresie od dnia 1 września 2005 r. do dnia 2 października 2005 r. nie złożyła deklaracji rozliczeniowych w zakresie dotyczącym dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, ani też nie opłaciła należnych składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Ubezpieczona opłaciła jedynie składki na ubezpieczenie zdrowotne. Ubezpieczona samodzielnie nie obliczyła podstawy wymiaru składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w okresie od dnia 1 września 2005 r. do dnia 2 października 2005 r., oczekiwała na informację organu rentowego w tym przedmiocie. Pozwany zasadniczo nie przysyłał ubezpieczonej informacji o podstawie wymiaru składki. Wyjątkowo uczynił to w trzech pismach skierowanych do ubezpieczonej, wzywających ją do dokonania korekty deklaracji rozliczeniowej za miesiąc sierpień 2005 r. Ubezpieczona nie składała korekty deklaracji rozliczeniowej za okres od dnia 1 września 2005 r. do dnia 2 października 2005 r., ani nie wyrażała zgody na dokonanie korekty deklaracji przez organ rentowy z urzędu. Przed spornym okresem ostatnie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ubezpieczona uiściła w styczniu 2005 r. w kwocie 33,37 zł oraz w lutym 2005 r. w kwocie 7,15 zł. Do lutego 2005 r. ubezpieczona systematycznie opłacała składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w drodze przelewu z własnego konta w Banku Spółdzielczym w P.. W odwołaniu z dnia 5 października 2015 r. od decyzji pozwanego z dnia 4 września 2015 r. w sprawie oznaczonej numerem (...) ubezpieczona wniosła o przywrócenie terminu do opłacenia składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc wrzesień 2005 r. oraz 1 i 2 październik 2005 r. Wniosek ten złożyła również do protokołu rozprawy toczącej się w sprawie odwołania w dniu 9 marca 2016 r. przed Sądem Okręgowym w Bydgoszczy w sprawie VI U 3115/15. Wyrokiem z dnia 9 marca 2016 r. w sprawie

VI U 3115/15 Sąd Okręgowy w Bydgoszczy wniosek ten przekazał organowi rentowemu celem rozpoznania. W dniu 8 września 2005 r. ubezpieczona złożyła deklarację rozliczeniową na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za okres sierpień 2005 r. Nie opłaciła jednak składki z tego tytułu w należnej wysokości w ustawowym terminie. W dniu 6 października 2005 r. ubezpieczona została poinformowana przez pozwanego o konieczności dostarczenia dokumentów w postaci korekty deklaracji za sierpień 2005 r. z uwagi na brak tych dokumentów w bazie danych systemu KSI, uznając te dokumenty jako niezbędne do poświadczenia okresu podlegania ubezpieczeniu chorobowemu dla celów przyznania świadczeń krótkoterminowych oraz że podstawa wymiaru składki powinna wynosić 1.168,76 zł. Jednocześnie organ rentowy poinformował ubezpieczoną, iż prawo do zasiłku chorobowego zostanie ustalone w ciągu 30 dni od dostarczenia wskazanych dokumentów. Z uwagi na nieprzedłożenie przez ubezpieczoną wymaganych dokumentów, pozwany ponownie wezwał ubezpieczoną do przedłożenia tych dokumentów, tj. w dniu 18 października 2005 r. oraz w dniu 18 listopada 2005 r. W dniu 25 listopada 2005 r. ubezpieczona zwróciła się do organu rentowego o wyrażenie zgody na opłacenie tejże składki po terminie. Pismem z dnia 19 grudnia 2005 r. organ rentowy poinformował ubezpieczoną, iż w związku z toczącym się postępowaniem w sprawie przyznania prawa do renty wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie nie może być rozpatrzony. Pismem z dnia 12 czerwca 2008 r. ubezpieczona ponownie zwróciła się do organu rentowego celem rozpatrzenia złożonego w 2005 r. wniosku o wyrażenie zgody na opłacenie składki za miesiąc sierpień 2005 r. po terminie. W odpowiedzi pozwany poinformował ubezpieczoną, iż analiza dokumentów rozliczeniowych i wpłat na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych ujawniła szereg nieprawidłowości w postaci braku wykazanych składek na ubezpieczenie społeczne, w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w deklaracjach rozliczeniowych za okres od września 2005 r. do maja 2008 r., a także brak wpłat na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych za wskazany okres. W 2005 r. prowadzona przez ubezpieczoną działalność gospodarcza nie przynosiła spodziewanych zysków, albowiem z uwagi na zły stan zdrowia ubezpieczona nie mogła angażować się w jej wykonywanie. Pomimo to ubezpieczona nie zdecydowała się jej zawiesić, albowiem oczekiwała na rozstrzygnięcie w sprawie renty. Dochód z działalności gospodarczej przeznaczała w dużej mierze na zakup niezbędnych leków. Orzeczeniem Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności z dnia 7 kwietnia 2004 r. K. B. została uznana za osobę niepełnosprawną w stopniu umiarkowanym okresowo do dnia 30 kwietnia 2006 r. ze wskazaniem do odpowiedniego zatrudnienia uwzględniającego psychofizyczne możliwości badanej. Sąd Okręgowy oceniając materiał dowodowy wskazał, że poczynił ustalenia stanu faktycznego również w oparciu o dowód z przesłuchania ubezpieczonej K. B., która potwierdziła okoliczności wynikające z powyższych dokumentów. Sąd dał wiarę zeznaniom ubezpieczonej co do faktu i okresu wykonywania pozarolniczej działalności gospodarczej, a także podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia tej działalności, gdyż zeznania te uznał za szczere, jasne, spójne, a także korespondujące z pozostałym materiałem dowodowym zgromadzonym w sprawie. Sąd odmówił jednak wiary tym zeznaniom ubezpieczonej, w części w której wskazała, iż nie złożyła korekty deklaracji, ani też nie uiściła należnych składek z powodu oczekiwania na informację organu rentowego w sprawie wymiaru podstawy składki, albowiem zeznania w tej kwestii są wewnętrznie sprzeczne. Zauważyć trzeba, iż ubezpieczona wprost wskazała, iż do sierpnia 2005 r. podstawę wymiaru składki należnej na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe obliczała samodzielnie. Z kolei organ rentowy co do zasady nie informował jej o wysokości wymiaru składki. Wyjątkowo uczynił to w stosunku do składki należnej za sierpień 2005 r. w trzech pismach skierowanych do ubezpieczonej w związku z niedokonaniem żądanej korekty deklaracji rozliczeniowej. Podkreślić trzeba, iż ustawodawca nie nakłada na organ rentowy obowiązku informowania ubezpieczonej o każdorazowej wysokości podstawy wymiaru składki, wręcz przeciwnie obowiązek samodzielnego wyliczenia tej składki nakłada na płatnika, a więc w tym przypadku na ubezpieczoną. Istotne w tej kwestii jest również to, że od powstania obowiązku uiszczenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe minęło blisko 12 lat, a pomimo wskazania przez organ rentowy podstawy wymiaru składki, chociażby w decyzji z dnia 7 marca 2013 r., ubezpieczona nie uiściła należnej składki. Sąd za wątpliwe uznał zeznania ubezpieczonej, w których wskazała, iż organ rentowy poinformował ją, że ma uiścić tylko składki za sierpień 2005 r.,

albowiem w żaden sposób nie udowodniła tego twierdzenia, co mogłoby nastąpić chociażby przez przedłożenie pisma organu rentowego o wskazanej treści.

Sąd Okręgowy w rozważaniach prawnych odwołał się do treści art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 12 ust. 1, art. 14, art. 47 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 963 ze zm.; dalej ustawa) wskazując, że konstrukcja wyrażenia przez organ rentowy zgody na opłacenie składki po terminie ma złagodzić rygorystyczny (automatyczny) ustania z mocy prawa dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego jako skutku nieopłacenia w terminie należnej składki

na to ubezpieczenie. Wyrażenie przez organ rentowy zgody na opłacenie składki po terminie sprawia, że chociaż składka nie została uiszczona w terminie, dobrowolne ubezpieczenie nie ustaje. Opłacenie składki po upływie terminu, w którym powinna być opłacona, i ustanie w związku z tym dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego nie powoduje ponownego nawiązania stosunku ubezpieczenia (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 maja 2012 r., I UK 408/11, LEX nr 1214550), jednak w razie złożenia wniosku o „przywrócenie terminu” do opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie społeczne, pozytywna decyzja organu rentowego powoduje kontynuowanie dotychczasowego stosunku ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia należnych składek, natomiast negatywna decyzja potwierdza ustanie z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia społecznego i może być zaskarżona w sądowym postępowaniu odwoławczym (wyrok Sądu Najwyższego z dnia

8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00, OSNAPiUS 2003, nr 10, poz. 257). Chociaż przesłanki wyrażenia przez organ rentowy zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie nie zostały określone wprost przez ustawodawcę, jednak należy przyjąć, że przesłankami tymi

są okoliczności związane z przebiegiem samego ubezpieczenia chorobowego i przyczynami uchybienia terminu do opłacenia składki. Skoro ubezpieczenie chorobowe osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą ma dobrowolny charakter i jego powstanie uzależnione jest

od woli samego ubezpieczonego, a warunkiem trwania tego ubezpieczenia jest terminowe opłacanie należnych z tego tytułu składek, to dotychczasowy sposób wywiązywania się płatnika z tego obowiązku (opłacania składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe) nie pozostaje bez wpływu

na ocenę zasadności uwzględnienia wniosku o przywrócenie uchybionego terminu. Jest to jednak tylko jeden z aspektów sprawy, który powinien być analizowany w powiązaniu z pozostałymi okolicznościami, a przede wszystkim przyczynami nieterminowego opłacenia danej składki (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 sierpnia 2015 r., III UK 233/14, LEX nr 1784526). Trzeba zatem wziąć pod uwagę te szczególne wypadki, gdy z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego w danym miesiącu uiszczenie składki nie następuje. Jest to tym bardziej uzasadnione, gdy niedopatrzenie

to zostaje naprawione, nie ma ono charakteru działania specjalnego, mającego niejako „oszukać” system ubezpieczeń społecznych, a ponadto w historii płatnika zdarzenie to jest jednorazowe (wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 22 lipca 2015 r., III AUa 387/15, LEX nr 1770999). Przechodząc do oceny zasadności dokonanej przez pozwany organ rentowy odmowy wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie, a tym samym nieobjęcia ubezpieczonej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym za wrzesień 2005 r. oraz 1 i 2 października 2005 r., Sąd Okręgowy zobowiązany był ocenić przesłanki, jakimi kierował się organ rentowy dokonując odmowy i czy były to sprawdzalne, sprawiedliwe kryteria. Organ rentowy w uzasadnieniu decyzji odmownej powołał się na fakt, iż odwołująca nie wykazała składek na ubezpieczenia społeczne, w tym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w deklaracjach rozliczeniowych za wrzesień 2005 r. i za 1 i 2 dzień października 2005 r., a także nie dokonała stosownych wpłat na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych

za wskazany okres. Natomiast w odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wskazał, iż nie wystąpiły żadne szczególne okoliczności, które udokumentowałyby ubezpieczona, a które uzasadniałyby wyrażenie zgody na uiszczenie składek z tytułu ubezpieczenia chorobowego za okres sporny

po terminie. Bezspornym jest fakt, iż ubezpieczona prowadziła pozarolniczą działalność gospodarczą we wskazanym okresie. Żadna ze stron nie kwestionowała również faktu, jakoby ubezpieczona nie złożyła deklaracji rozliczeniowych, ani też nie uiszczała należnych składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe z tytułu prowadzenia tej działalności za okres składkowy wrzesień 2005 r. oraz

1 i 2 października 2005 r. Ubezpieczona wprost przyznała, iż składek tych nie uiściła. Za ten okres opłaciła wyłącznie składkę zdrowotną. Spór pomiędzy stronami dotyczył natomiast istnienia przesłanek do wyrażenia zgody na przywrócenie terminu do uiszczenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za wrzesień 2005 r. oraz 1 i 2 października 2005 r., a w konsekwencji stwierdzenia podlegania przez odwołującą ubezpieczeniu społecznemu w tym okresie. Sąd Okręgowy w pełni podzielił argumentację organu rentowego i uznał ją za zasadną. Zauważyć trzeba, iż wniosek

o wyrażenie zgody na przywrócenie terminu do uiszczenia tych składek został złożony dopiero w odwołaniu od decyzji pozwanego w dniu 5 października 2015 r. oznaczonej numerem (...),

a więc blisko 10 lat po dniu, w którym składki te powinny być uiszczone. Tak długi okres oczekiwania na złożenie przedmiotowego wniosku ubezpieczona motywowała przewlekłością rozpoznania tożsamego wniosku w zakresie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za sierpień 2005 r. Tymczasem dobrodziejstwo przewidziane w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy, polegające na wyrażeniu przez organ rentowy zgody na opłacenie składki po terminie odnosi się tylko do szczególnie uzasadnionych przypadków. Analiza materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie nie daje podstaw

do przyjęcia, iż w niniejszej sprawie takie szczególnie uzasadnione przypadki zachodziły. Wprawdzie ubezpieczona wskazała, iż w spornym okresie z uwagi na pogorszenie stanu zdrowia w zasadzie nie wykonywała działalności gospodarczej, a dochód przeznaczala w dużej mierze na zakup leków

i specjalistyczne leczenie, jednakże ubezpieczona nie tylko nie uiściła należnych składek, ale również nie wskazała ich wysokości w deklaracjach rozliczeniowych za ten okres. Sąd nie kwestionował złego stanu zdrowia ubezpieczonej, ani też jej trudnej sytuacji finansowej, niemniej jednak trudno przyjąć, jakoby właśnie te okoliczności stanowiły zasadniczą przyczynę nieuiszczenia składki w wymaganym terminie. Gdyby ubezpieczona, wykazując się szczególną dbałością o własne interesy w związku

z prowadzoną działalnością gospodarczą wykazała dobrą wolę spełnienia swych ustawowych obowiązków i chociażby wykazała wysokość składek za sporny okres w deklaracjach rozliczeniowych bądź złożyła ich korektę, a następnie – po zgromadzeniu odpowiedniej wysokości środków finansowych – opłaciła należną składkę, Sąd nie miałby wątpliwości co do zasadności wniosku. Natomiast ubezpieczona nie wykazała wysokości tych składek, pomimo, że była zdolna samodzielnie wyliczyć podstawę wymiaru składki, bowiem czyniła to nienagannie w okresie poprzedzającym.

Co więcej, przez okres blisko 12 lat ubezpieczona – poza złożeniem wniosku o wyrażenie zgody

na uiszczenie składek po terminie – w zasadzie nie uczyniła nic, aby ciężący na niej obowiązek spełnić. Sądu nie przekonały argument ubezpieczonej, jakoby to właśnie trudna sytuacja finansowa stanowiła główną przyczynę nieuiszczenia składek, bowiem przez tak długi okres mogła ona poczynić stosowne oszczędności pozwalające jej na uregulowanie tych należności. Tym bardziej,

że w późniejszym okresie (od lipca 2008 r.) z ciężącego na niej obowiązku ubezpieczenia wywiązywała się w sposób prawidłowy. Co więcej, wysokość ostatniej uiszczonej przez nią składki

na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe wynosiła w styczniu 2005 r. – 33,37 zł, a w lutym 2005 r. – 7,15 zł. Tak więc, w ocenie Sądu, nie są to kwoty, które w zasadniczy sposób wpływałyby na budżet ubezpieczonej. Ubezpieczona będąc świadoma pogarszającego się stanu zdrowia powinna była poczynić wszelkie starania celem uiszczenia tychże składek celem zachowania prawa

do ewentualnego zasiłku chorobowego czy też świadczenia rentowego. Zważyć trzeba,

iż ubezpieczona prowadząc działalność gospodarczą powinna orientować się w obowiązujących przepisach prawnych dotyczących tej działalności, w tym dotyczących ubezpieczeń społecznych i tym samym w terminach prawem przewidzianych, bez uprzedniego wezwania organu rentowego, składać niezbędne dokumenty w postaci deklaracji rozliczeniowych, deklaracji korygujących, samodzielnie wyliczać podstawę wymiaru składki oraz uiszczać składki w pełnej wysokości. Osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega bowiem ubezpieczeniu chorobowemu na zasadzie dobrowolności, zaś objęcie tym ubezpieczeniem realizuje się poprzez złożenie stosowanego wniosku. W sytuacji takiego pogorszenia stanu zdrowia, które uniemożliwiało jej prowadzenie działalności gospodarczej wszakże mogła ona zawiesić tę działalność i tym samym zwolnić się od obowiązku uiszczania świadczeń ubezpieczeniowych, czego jednak – z niewiadomych względów – nie uczyniła. Konkludując, aby ubezpieczona mogła skutecznie domagać się wyrażenia zgody na wpłacenie składki za okres od dnia 1 września 2005 r. do dnia 2 października 2005 r., musiałaby najpierw wykazać

w korekcie deklaracji rozliczeniowej wysokość należnych składek, a następnie uiścić je na rzecz Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, czego jednak do tej pory nie uczyniła. Zdaniem Sądu, kryteria zastosowane przez organ rentowy przy rozpoznawaniu jej wniosku o przywrócenie terminu

do opłacenia składek były jasne i sprawiedliwe, a odmowa wyrażenia zgody i w konsekwencji odmowa przyznania prawa do ubezpieczenia chorobowego w spornym okresie – zasadna. Mając

na względzie powyższe, na zasadzie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c., Sąd Okręgowy orzekł, jak w punkcie pierwszym sentencji wyroku. Podstawę rozstrzygnięcia w punkcie drugiego wyroku stanowił przepis art. 102 k.p.c., zgodnie z którym w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić

od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami.

W przedmiotowej sprawie Sąd nie znalazł podstaw, aby obciążyć odwołującą się obowiązkiem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego poniesionych przez organ procesowy. Z uwagi na całokształt sytuacji zdrowotnej i finansowej ubezpieczonej, jak również fakt, że tożsamy wniosek o wyrażenie zgody na uiszczenie składek po terminie ubezpieczona złożyła już w stosunku do składki

na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za sierpień 2005 r., który to przez wiele lat stanowił przedmiot sporu pomiędzy stronami, a to z kolei doprowadziło do sytuacji, w której ubezpieczona przez wiele lat nie otrzymywała świadczeń rentowych, ani zasiłku chorobowego, odstąpienie

od obowiązku ponoszenia kosztów zastępstwa procesowego jest w pełni zasadne. Wobec powyższego na podstawie art. 102 k.p.c. w zw. z art. 13 § 2 k.p.c. należało postanowić, jak w punkcie drugim sentencji wyroku.

Apelację od wyroku wywiodła ubezpieczona zaskarżając go co do punktu pierwszego.

Wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku w zakresie punktu pierwszego i wyrażenie zgody na opłacenie składki za wrzesień 2015 i 1 i 2 październik 2005 r. po terminie, ewentualnie o jego uchylenie w zakresie punktu pierwszego i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

W uzasadnieniu apelacji wnioskodawczyni wskazała, że powinna uzyskać zgodę na opłacenie składki za wrzesień 2015 i 1 i 2 październik 2005 r. po terminie, gdyż jej przypadek jest szczególny

i uzasadniony, a odmowa organu rentowego w wyrażeniu takiej zgody jest niezasadna. Apelująca kwestionowała ocenę Sądu I instancji w zakresie jej zeznań jako wewnętrznie sprzecznych w zakresie oczekiwania na wezwanie organu co do składki za ww. okres. Apelująca zarzuciła organowi rentowemu naruszenie procedur administracyjnych poprzez niepoinformowanie jej o prowadzeniu postępowania w sprawie przedmiotowego wniosku. Wskazała, że niniejszy wniosek jest związany

z wnioskiem o wyrażenie zgody na opłacenie składki za sierpień 2005 r. po terminie. Apelująca wyjaśniła, że przyczyną nieopłacenia składki za wrzesień 2015 i 1 i 2 październik 2005 r. było trwające specjalistyczne leczenie, choroba, przeznaczenie środków finansowych na leki i dojazd

do lekarza. Skarżąca załączyła enumeratywnie wyliczoną w apelacji dokumentację medyczną, korespondencję prowadzoną z pozwanym oraz orzeczenia sądowe (k. 102-171 a.s.).

Organ rentowy w odpowiedzi na apelację wniósł o jej oddalenie i zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego za II instancję.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja K. B. nie zasługuje na uwzględnienie. Nie zawiera bowiem zarzutów skutkujących koniecznością zmiany bądź uchylenia zaskarżonego wyroku.

Przedmiotem sporu między stronami było, czy ubezpieczona jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od dnia

1 września 2015 r. do dnia 2 października 2005 r.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego Sąd Okręgowy przeprowadził stosowne postępowanie dowodowe, a w swych ustaleniach i wnioskach nie wykroczył poza ramy swobodnej oceny wiarygodności i mocy dowodów wynikające z przepisu art. 233 k.p.c., nie popełnił też uchybień

w zakresie zarówno ustalonych faktów, jak też ich kwalifikacji prawnej uzasadniających ingerencję w treść zaskarżonego orzeczenia. Sąd Apelacyjny podzielił ocenę Sądu I instancji w zakresie przesłuchania w charakterze strony wnioskodawczyni, który odmówił jej zeznaniom wiarygodności

w części wyjaśniając w jakim zakresie i z jakich przyczyn. W konsekwencji Sąd Apelacyjny zaakceptował w całości ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji, traktując je jak własne, nie widząc w związku z tym konieczności ich ponownego szczegółowego przytaczania (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1998 r., I PKN 339/98, OSNP 1999, nr 24, poz. 776). Sąd Odwoławczy w pełni podziela także ocenę prawną, jakiej dokonał Sąd pierwszej instancji, uznaje

ją za wyczerpującą, a tym samym uznaje, że nie ma potrzeby powtarzać w całości trafnego wywodu prawnego (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 16 lutego 2006 r., IV CK 380/05 LEX nr 179977; z dnia 16 lutego 2005 r., IV CK 526/04, LEX nr 177281).

Na wstępie rozważań Sąd Apelacyjny wyjaśnia, że zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 963 ze zm.; dalej ustawa systemowa) obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym podlegają osoby fizyczne, które na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej są osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność. Art. 11 ust. 2 ustawy systemowej stanowi, że dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają na swój wniosek osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8 i 10, to jest m.in. osoby prowadzące - jak skarżąca - pozarolniczą działalność gospodarczą.

Zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy systemowej objęcie dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym, rentowymi i chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony, z zastrzeżeniem ust. 1a.

Artykuł 14 ust. 1a ustawy systemowej stanowi, że objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie

do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust.

4 (zgłoszeń, o których mowa w ust. 2 i 3, dokonuje się w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4a, 5, 5a i 9a).

Zgodnie z art. 14 ust. 2 ustawy systemowej ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe, o których mowa w ust. 1, ustają:

1) od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony;

2) od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie - w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność i osób

z nimi współpracujących, duchownych oraz osób wymienionych w art. 7; w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, z zastrzeżeniem ust. 2a;

3) od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom.

W 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 (art. 14 ust. 2a ustawy systemowej).

Nieopłacenie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe skutkuje z mocy

art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej ustaniem tego ubezpieczenia. Dobrowolne ubezpieczenie chorobowe wygasa bowiem z mocy prawa (ex lege), gdy niedotrzymany został termin zapłaty składki. Ustawodawca uznał bowiem, że osoba, która oczekuje od organu rentowego świadczeń, zobowiązana jest opłacić składkę w ustawowym terminie i prawidłowej wysokości. Wykładnia językowa art. 11 ust. 2 oraz art. 14 ust. 1 i 1a ustawy systemowej wskazuje na konieczność złożenia przez ubezpieczonego odpowiedniego wniosku jako warunku objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

W każdym przypadku ustania tytułu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu społecznemu (art. 14 ust. 2 ustawy systemowej), ponowne objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami społecznymi wymaga złożenia nowego wniosku przez zainteresowanego, natomiast samo opłacanie składek na dobrowolne ubezpieczenie społeczne po ustaniu z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia nie powoduje dalszego trwania ochrony ubezpieczeniowej z wygasłego stosunku ubezpieczenia społecznego (por.: wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 14 lutego 2013 r., III AUa 1132/12, LEX nr 1282652, wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 10 stycznia 2013 r., III AUa 895/12, LEX nr 1254426). Sąd Apelacyjny w pełni podziela zaprezentowany wyżej pogląd.

Należy również wskazać, że wyrażenie przez organ rentowy zgody na opłacenie składki po terminie sprawia, że chociaż składka nie została uiszczona w terminie, dobrowolne ubezpieczenie nie ustaje. Opłacenie składki po upływie terminu, w którym powinna być opłacona, i ustanie w związku z tym dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego nie powoduje ponownego nawiązania stosunku ubezpieczenia (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 maja 2012 r., I UK 408/11, LEX nr 1214550), jednak w razie złożenia wniosku o „przywrócenie terminu” do opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie społeczne, pozytywna decyzja organu rentowego powoduje kontynuowanie dotychczasowego stosunku ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia należnych składek, natomiast negatywna decyzja potwierdza ustanie z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia społecznego i może być zaskarżona w sądowym postępowaniu odwoławczym (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00, OSNAPiUS 2003 Nr 10, poz. 257). Odmowa wyrażenia zgody na opłacenie składki ubezpieczeniowej po terminie podlega kontroli sądu. W przypadku poddania decyzji kontroli sądowej, badanie obejmuje wszystkie okoliczności, także te, które stanowiły przesłanki zaskarżonego rozstrzygnięcia. Sąd ubezpieczeń społecznych w ramach kontroli zapadłej decyzji nie jest związany ustaleniami faktycznymi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i dokonuje samodzielnych ustaleń w zakresie stanu faktycznego oraz ocenia zasadność wniosku złożonego przez ubezpieczonego (płatnika składek).

W ustawie systemowej nie zostały określone przesłanki „wyrażenia zgody” na opłacenie składki po terminie, co jednak nie oznacza przyznania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych niczym nieskrępowanego uznania w uwzględnieniu lub nieuwzględnieniu wniosku o wyrażenie zgody. Obecnie obowiązujące brzmienie art. 14 ust. 2 pkt 2 zdanie drugie nadane zostało przez art. 1 pkt 9 lit. a ustawy z dnia 23 grudnia 1999 r. (Dz. U. Nr 110, poz. 1256) zmieniającej ustawę z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2000 r., (Zakład może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie) akcentuje „swobodny charakter działań ZUS w tym zakresie”. Użyte w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej określenie „może” nie oznacza, zatem pełnej dowolności. Nie ma przy tym znaczenia, czy Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydaje odrębną decyzję, czy też rozstrzyga daną kwestię, jako przesłankę wydania decyzji o określonej treści (np. o niepodleganiu dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu). Przyznana organowi rentowemu kompetencja winna być wykonywana według sprawdzalnych, sprawiedliwych kryteriów (wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia z dnia 29 września 2016 r., III AUa 684/16, LEX nr 2157829).

Sąd Apelacyjny podzielił stanowisko wyrażone przez Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z dnia 22 stycznia 2013 r., III AUa 889/12, LEX nr 1282795, że nawet jednodniowe opóźnienie nie jest uzasadnionym przypadkiem skutkującym wyrażeniem zgody na opłacenie składki po terminie. Podobnie takim uzasadnionym przypadkiem nie jest, jak wskazuje orzecznictwo, długość prowadzonej działalności gospodarczej czy rzadkość korzystania z zasiłków chorobowych. Okoliczności,

iż wnioskodawca nie ma żadnych zaległości względem ZUS oraz że po raz pierwszy wnioskuje o wydanie zgody na opłacenie składek po terminie, powinny być oczywiście brane pod uwagę w całości okoliczności, jednak samoistnie nie przesądzają o możliwości wyrażenia takiej zgody przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Nie można również usprawiedliwić opóźnienia w terminowym opłaceniu składki brakiem uzyskania stosownej informacji o konsekwencjach tego rodzaju uchybienia od biura rachunkowego zajmującego się obsługą księgową wnioskodawcy. Opłacanie składek obciąża bowiem wyłącznie ubezpieczonego, który nie może powoływać się nawet na błąd w działaniu swojego biura rachunkowego (a tym bardziej jedynie na brak uzyskania informacji o treści obowiązujących przepisów prawnych). Podobnie przyjął Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 7 lipca 2004 r., III AUa 547/2003, LexPolonica nr 402092.

Sąd Apelacyjny podzielił przekonanie Sądu I instancji, zgodnie z którym – skoro K. B. jest przedsiębiorcą – uzasadnione jest oczekiwanie od niej profesjonalizmu i inicjatywy w zakresie rozeznania w obowiązkach dotyczących podejmowanej działalności oraz - w związku z zamiarem podlegania ubezpieczeniu chorobowemu - konsekwencji w opłatach składek na to ubezpieczenie (ignorantia iuris nocet).

W ocenie Sądu Apelacyjnego Sąd Okręgowy trafnie uznał, że kryteria zastosowane przez organ rentowy odmawiający skarżącej dokonania zapłaty składek po terminie były jasne i sprawiedliwe, a odmowa wyrażenia zgody na opłacenie tychże składek – zasadna. Odwołująca się nie zdołała wykazać ponad wszelką wątpliwość, że znalazła się w sytuacji kwalifikowanej jako uzasadniony przypadek o którym mowa w treści art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej. Nie uszło uwadze Sądu Apelacyjnego, że ubezpieczona była niezdolna do pracy od dnia 3 października 2005 r., natomiast uchybiła terminowi uiszczenia składki za wrzesień i 1-2 październik 2005 r. Ponadto ubezpieczona będąc świadoma pogarszającego się stanu zdrowia powinna była poczynić wszelkie starania celem uiszczenia tychże składek celem zachowania prawa do ewentualnego zasiłku chorobowego czy też świadczenia rentowego.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego niniejsza sprawa jest sprawą, której nie należy łączyć ze sprawą o przywrócenie terminu do zapłacenia składki za sierpień 2005 r. Wnioskodawczyni składając obszerną dokumentację do apelacji wywodziła, że gdyby pozwany od razu pouczył ją, że przedmiotowy wniosek ma dotyczyć nie tylko składek za sierpień 2005 r., ale i okresu wrzesień -1,2 październik 2005 r. to nie byłoby obecnej sytuacji. Powyższego nie dowodzi kserokopia –niepodpisana, odrębne zapisków – „wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie za 8/05” (k. 107 a.s.). Ta kserokopia nie dowodzi okoliczności podnoszonych przez skarżącą. Nie wynika z niej kto i w związku z jakimi okolicznościami ją sporządził.

Apelująca podaje szereg argumentów kwestionujących prawidłowość zaskarżonego wyroku odwołując się do spraw, które toczyły się przed organem rentowym, m.in. w zakresie podlegania przez nią dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu za sierpień 2005 r. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w niniejszej sprawie istotne jest to, że za okres od dnia 1 września 2005 r. do dnia 2 października 2005 r. wnioskodawczyni nie złożyła deklaracji rozliczeniowych w zakresie dotyczącym dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, ani też nie opłaciła należnych składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Ubezpieczona opłaciła jedynie składki na ubezpieczenie zdrowotne. Wysokość składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za sporny okres wynosiła 36,28 zł.

W ocenie Sądu II instancji jest to kwota stosunkowo niska, a jeśli uwzględni się, że uiszczenie jej gwarantuje ubezpieczenie chorobowe, to tym bardziej nie jest zrozumiałe złożenie wniosku o wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie dopiero po 11 latach. Apelująca wyjaśniła, że w okresie 2005-2008 nie dokonywała korekt, gdyż czekała na decyzję w sprawie renty oraz

na rozpoznanie wniosku za sierpień 2005 oraz na rozpoznanie zwolnień lekarskich zatwierdzonych przez lekarzy orzeczników ZUS, a po okresie 2005-2008 nadal czeka na rozpoznanie zwolnień lekarskich. Zdaniem Sądu Apelacyjnego nie było żadnych obiektywnych przeszkód, aby złożyć przedmiotowy wniosek szybciej.

Odnosząc się do zarzutów naruszenia prawa administracyjnego podkreślić należało, że w postępowaniu przed sądem w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych zastosowanie znajdują przepisy kodeksu postępowania cywilnego, a nie przepisy kodeksu postępowania administracyjnego. W związku z tym nie ma możliwości badania w świetle przepisów tego kodeksu prawidłowości wydanej przez organ rentowy decyzji. Naruszenie przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego nie stanowi przesłanki wzruszenia decyzji przez sąd pracy i ubezpieczeń społecznych, więc także w tym aspekcie przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego nie są przez ten sąd stosowane. Postępowanie sądowe w sprawach z zakresu prawa ubezpieczeń społecznych skupia się na wadach wynikających z naruszenia prawa materialnego i kwestia wad decyzji administracyjnych spowodowanych naruszeniem przepisów postępowania, pozostaje poza przedmiotem tego postępowania. W związku z tym jest oczywiste, że wśród przewidzianych w art. 477⁹ § 3, 477¹⁰ § 2 i art. 477¹⁴ k.p.c. sposobów rozpoznania odwołania przez sąd nie przewidziano stwierdzenia nieważności decyzji organu rentowego, nawet przy odpowiednim stosowaniu art. 180 § 1 k.p.a.

Sąd ubezpieczeń społecznych - jako sąd powszechny - może i powinien dostrzegać jedynie takie wady formalne decyzji administracyjnej, które decyzję tę dyskwalifikują w stopniu odbierającym jej cechy aktu administracyjnego (por. uchwały Sądu Najwyższego z dnia 21 listopada 1980 r.,

III CZP 43/80, OSNCP 1981 nr 8, poz. 142, z dnia 27 listopada 1984 r., III CZP 70/84, OSNCP 1985, nr 8, poz. 108 oraz z dnia 21 września 1984 r., III CZP 53/84, OSNCP 1985 nr 5-6, poz. 65), jako przedmiotu odwołania. Stwierdzenie takiej wady następuje jednak tylko dla celów postępowania cywilnego i ze skutkami dla tego tylko postępowania. Sąd Okręgowy podziela stanowisko Sądu Najwyższego zawarte w postanowieniu z dnia 28 maja 2002 r., II UKN 356/01, OSNP 2004/3/52 przychyłając się do stwierdzenia, iż postępowanie w sprawie stwierdzenia nieważności decyzji administracyjnej jest samodzielnym postępowaniem administracyjnym ograniczającym się do ustalenia, czy decyzja dotknięta jest jedną z wad wymienionych w art. 156 § 1 pkt 1-7 k.p.a. Rozstrzygnięcie kończące to postępowanie następuje w drodze decyzji (art. 158 § 1 k.p.a.) podejmowanej przez organ administracji publicznej (art. 156 § 1 k.p.a.), toteż orzekanie w tej kwestii przez sąd powszechny byłoby naruszeniem kompetencji właściwego organu administracji publicznej.

Mając na uwadze powyższe Sąd Odwoławczy wskazał, że w niniejszym postępowaniu nie może badać naruszeń prawa administracyjnego, tym samym argumenty zawarte w apelacji nie mogą wpłynąć na zmianę zaskarżonego wyroku.

Podkreślić również należy, że przedłożone przez ubezpieczone dokumenty stanowiące załączniki do apelacji (nr 1-35 a.s., t. I a.s.) znajdują się na kartach akt sprawy 8-36 a.s. Skarżąca złożyła również kserokopie orzeczeń sądowych ze spraw III AUa 84/15, VI U 3115/15 i III AUa 1032/16.

Odnosząc się do wypełnionych w dniu 13 marca 2017 r. druków ZUS P DRA (ID deklaracji – 02.09.2005 r. i 2.10.2005 r.) oraz opłaconych składek za wrzesień i październik 2005 r. (k. 168-171 a.s. t. I.), to w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych postępowanie wszczynane jest w wyniku wniesienia przez ubezpieczonego odwołania od decyzji organu rentowego. Ma więc ono charakter odwoławczy (por. wyrok Sądu Najwyższego z 20 maja 2004 r., II UK 395/03, OSNP 2005 nr 3, poz. 43). W sprawie z odwołania od decyzji organu rentowego treść decyzji wyznacza przedmiot i zakres rozpoznania oraz rozstrzygnięcia sądu (por. postanowienie Sądu Najwyższego z 13 maja 1999 r.,

II UZ 52/99, OSNAPiUS 2000 nr 15, poz. 601). Przedmiotem postępowania sądowego w sprawach dotyczących ubezpieczenia emerytalnego jest ocena zgodności z prawem - w aspekcie formalnym i materialnym - decyzji wydanej przez organ rentowy na wniosek ubezpieczonego lub z urzędu. Postępowanie to jest zatem postępowaniem kontrolnym. Badanie legalności decyzji i orzekanie o niej jest możliwe tylko przy uwzględnieniu stanu faktycznego i prawnego istniejącego w chwili wydawania decyzji. Związku z tym przedstawione dokumenty potwierdzające złożenie deklaracji

i uiszczenia składek za sporny okres zostały pominięte, ponieważ nie stanowiły one podstawy wydania zaskarżonej decyzji, ani wyroku.

Reasumując, stwierdzić należało, iż wyrok Sądu Okręgowego był prawidłowy. Mając na uwadze powyższe, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację ubezpieczonej, o czym orzekł w punkcie pierwszym.

W punkcie drugim wyroku zgodnie z art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 108 § 1 k.p.c. w zw. z art. § 2 pkt 1 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2015, poz. 1804 ze zm.) Sąd Apelacyjny zasądził od ubezpieczonego na rzecz pozwanego kwotę 240 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego za II instancję mając na względzie wartość przedmiotu sporu (wysokość składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za sporny okres – 36,28 zł) (75 % stawki minimalnej nie może być niższe niż 240 zł).

Zdaniem Sądu II instancji nie zachodziły w sprawie podstawy prawne do zastosowania art. 102 k.p.c., który odwołuje się do występowania „wypadków szczególnie uzasadnionych”. Podkreślić bowiem należy, że ponowne, stanowcze dalsze podtrzymywanie przez ubezpieczoną własnej interpretacji przepisów (niezaakceptowanej już wcześniej przez Sąd pierwszej instancji) nie może stanowić wypadku szczególnie uzasadnionego i powinno być objęte już ryzykiem przegrania procesu w postępowaniu odwoławczym. W konsekwencji w takiej sytuacji rozstrzygnięcie o kosztach postępowania odwoławczego powinno już nastąpić z zastosowaniem zasady wynikającej z art. 98 § 1 k.p.c., a nie z zastosowaniem przepisu szczególnego art. 102 k.p.c., ponieważ dokonywanie weryfikacji przez stronę procesu własnych poglądów prawnych nie może odbywać się w sposób nieograniczony na ryzyko i koszt strony przeciwnej, bo aż do wyczerpania toku instancji (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 15 listopada 2012 r., V CZ 151/11, LEX nr 1276239).

o

SSA Bożena Grubba SSA Michał Bober SSA Lucyna Ramlo