

Sygn. akt III AUa 1948/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 maja 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Katowicach

Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący	SSA Jolanta Ansion (spr.)
Sędziowie	SSA Maria Małek - Bujak SSA Lena Jachimowska
Protokolant	Dawid Krasowski

po rozpoznaniu w dniu 16 maja 2018 r. w Katowicach

sprawy z odwołania M. R. (M. R.)

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B.

o podleganie ubezpieczeniom społecznym

na skutek apelacji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B.

od wyroku Sądu Okręgowego w Bielsku-Białej

z dnia 13 czerwca 2017 r. sygn. akt VI U 377/17

oddala apelację.

/-/SSA M.Małek-Bujak /-/SSA J.Ansion /-/SSA L.Jachimowska

Sędzia Przewodniczący Sędzia

Sygn. akt III AUa 1948/17

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 7 marca 2017r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych stwierdził, iż odwołująca M. R. nie podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu, jako osoba prowadząca działalność gospodarczą od 1 października 2016r. do 30 listopada 2016r. Przedmiotowa decyzja została wydana w oparciu o art. 83 ust. 1 pkt 1, art. 11 ust. 2, art. 14 ust. 1, 1a i 2 ustawy dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

Na uzasadnienie swojego rozstrzygnięcia organ rentowy podał, iż odwołująca, jako osoba prowadząca działalność gospodarczą, była objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, które za okres od sierpnia do września 2016r. zostało przywrócone na wniosek odwołującej. Natomiast, za miesiące październik i listopad 2016r. ponownie opłaciła składki w zaniżonej wysokości, co powoduje ustanie ubezpieczenia chorobowego, zgodnie z art. 14 ust. 2 pkt 1 wskazanej wyżej ustawy, a jednocześnie brak podstaw do wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie za sporny okres.

W odwołaniu od decyzji ubezpieczona zarzuciła naruszenie art. 83 ust. 1 pkt 1 ustawy dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych, poprzez błędne przyjęcie, iż nie jest objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym w okresie wskazanym w zaskarżonej decyzji i domagała się przeprowadzenia dowodu w kierunku ustalenia przez biegłych sądowych lekarzy stanu zdrowia w kontekście możliwości zakwalifikowania okresu chorobowego od 24 października 2016r. do 5 stycznia 2017r. do poprzedniego okresu chorobowego, względnie przyjęcia, iż jest to nowy okres chorobowy. Wniosła o zmianę zaskarżonej decyzji, poprzez ponowne przeanalizowanie przesłanek i przyznanie stronie skarżącej należnego świadczenia chorobowego za okres od dnia 24 października 2016r. do dnia 5 stycznia 2017r.

Uzasadniając swoje stanowisko wskazała, iż od dnia 24 października 2016r. do dnia 4 listopada 2016r. oraz od dnia 1 grudnia 2016r. do dnia 9 grudnia 2016r. przebywała na zwolnieniu lekarskim, wystawionym przez lekarza rodzinnego w związku z zapaleniem oskrzeli, a także na zasiłku chorobowym w związku z leczeniem u ortopedy, a następnie w związku z wypadkiem, któremu uległa, podjęła leczenie w poradni neurologicznej i w tym zakresie lekarz neurolog wystawiał zwolnienia lekarskie. Natomiast Zakład Ubezpieczeń Społecznych w B. odmówił prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 24 października 2016r. do dnia 4 listopada 2016r. i od dnia 1 grudnia 2016r. do dnia 9 grudnia 2016r. Z takim stanowiskiem odwołująca się nie zgadza, gdyż we wrześniu 2016r. została przywrócona do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, więc mogła zapłacić składki za październik 2016r. i listopad 2016r. w zaniżonej wysokości, gdyż rozpoczęła leczenie z tytułu innych schorzeń, na które cierpi.

W odpowiedzi na odwołanie ZUS wnosił o jego oddalenie za przyznaniem kosztów zastępstwa procesowego, podtrzymując stanowisko zawarte w zaskarżonej decyzji oraz wskazując, iż nawet w sytuacji przywrócenia odwołującej do ubezpieczenia w październiku 2016r., odwołująca nie nabędzie prawa do zasiłku chorobowego za ten miesiąc, a wypłata świadczenia mogłaby jedynie dotyczyć okresu od 22 listopada 2016r. do 2 grudnia 2016r.

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 13 czerwca 2017r., sygn. akt VI U 377/17, Sąd Okręgowy w Bielsku-Białej zmienił decyzję organu rentowego z dnia 7 marca 2017r. i stwierdził, że odwołująca jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu za okres od 1 października 2016r. do 30 listopada 2016r.

Sąd I instancji ustalił, że odwołująca prowadzi działalność gospodarczą od kwietnia 2006r. do chwili obecnej. W tym okresie od 4 maja 2006r. do 30 września 2016r. i od 1 stycznia 2017r. do nadal podlegała ubezpieczeniu chorobowemu. Natomiast od 12 kwietnia 2006r. do 3 maja 2006r. i od 1 października do 31 grudnia 2016r. została wyłączona z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Jednocześnie za miesiące czerwiec 2010r., maj 2012r., czerwiec 2012r., wrzesień 2012r. i marzec 2014r. otrzymała zgodę na opłacenie składki po terminie.

Do dnia 26 sierpnia 2016r. odwołująca pobierała świadczenie rehabilitacyjne. Było ono przyznane na okres od 2 września 2015r. do 26 sierpnia 2016r. z tytułu leczenia psychiatrycznego, a z dniem 1 września 2016r. otrzymała decyzję ZUS, przyznającą prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy na okres 6 miesięcy, którą pobierała do lutego 2017r. Ponowna niezdolność do pracy powstała w dniu 12 września 2016r. i doszło do sporu w zakresie ustalenia okresu zasiłkowego - 182 dni.

Odwołująca opłaca składki na ubezpieczenie do 10-go każdego kolejnego miesiąca z tym, iż w okresie spornym składki były opłacane do 15-go, z uwagi na zatrudnienie w firmie pracownika w niepełnym wymiarze czasu pracy. Dokumentację księgową, w tym związaną z opłacaniem składek, prowadzi biuro rachunkowe, z którym odwołująca ma zawartą umowę zlecenia na prowadzenie tego rodzaju czynności. W związku z zakończeniem świadczenia rehabilitacyjnego oraz ponownym przebywaniem na zasiłku chorobowym od 12 września 2016r., odwołująca, za pośrednictwem wyliczeń dokonanych przez biuro rachunkowe, opłaciła składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w zaniżonej wysokości. Wnioski z dnia 4 października 2016r. i 17 listopada 2017r. o wyrażenie zgody na opłacenie składek za miesiące sierpień i wrzesień 2016r. po terminie zostały przez organ rentowy rozpatrzone pozytywnie i odwołująca została przywrócona do ubezpieczenia chorobowego za ten okres. W konsekwencji, odwołująca została poinformowana przez biuro rachunkowe, iż w związku z przywróceniem do ubezpieczenia chorobowego oraz występowaniem niezdolności do pracy, potwierdzonej zwolnieniami lekarskimi, może opłacać składki na ubezpieczenie chorobowe w zaniżonej wysokości, a więc uwzględniając okoliczności związane z przebywaniem na zwolnieniach lekarskich. Wobec powyższego, biuro rachunkowe wyliczyło wysokość składek na ubezpieczenie chorobowe za miesiąc październik i listopad 2016r., które to składki zostały przez odwołującą opłacone w wysokości 1.805,13 zł za październik 2016r. w dniu 15 listopada 2016r. i za listopad 2016r. w kwocie 486,60 zł w dniu 15 grudnia 2016r. Natomiast za wskazane miesiące, odwołująca winna opłacać składki w kwocie po 2.433 zł w związku z odmową wypłaty zasiłku chorobowego.

Sąd Okręgowy wskazał, że spór dotyczący ustalenia okresu zasiłkowego 182 dni i w konsekwencji przyznania prawa do zasiłku chorobowego został rozstrzygnięty w nieprawomocnej decyzji z dnia 15 grudnia 2016r., którą ZUS odmówił prawa do zasiłku chorobowego za okres od 17 września do 18 listopada 2016r. Kolejną decyzję wydano w dniu 21 grudnia 2016r., odmawiając odwołującej prawa do zasiłku chorobowego za okres od 22 listopada do 22 grudnia 2016r. i w zakresie tych decyzji toczy się postępowanie przed Sądem Rejonowym.

W dalszej kolejności Sąd I instancji ustalił, że w dniach 17 listopada 2016r. i 29 grudnia 2016r. odwołująca złożyła wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie za miesiące październik i listopad 2016r. i wnioski te zostały rozpatrzone negatywnie.

Co prawda, w piśmie z dnia 8 grudnia 2016r. Zakład poinformował odwołującą o wykazaniu zaniżonej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za miesiąc październik 2016r., jednak do pisma nie dołączono zwrotnego poświadczenia odbioru tego pisma przez odwołującą, która nie pamiętała, iż takie pismo otrzymała, wskazując że wobec faktu zaniechania przez organ rentowy wypłaty zasiłku chorobowego, zainteresowała się tą kwestią, otrzymując w Zakładzie informacje, że sprawę skierowano do lekarza orzecznika ZUS, celem ustalenia tożsamości chorób, wobec czego, oczekiwała na decyzję ZUS w tym przedmiocie.

Na wstępie rozważań prawnych Sąd Okręgowy wskazał, że przedmiotem postępowania było nie prawo do zasiłku chorobowego za okres sporny, ale ustalenie, czy odwołująca podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 1 października do 30 listopada 2016r. z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. Zatem, odwołanie M. R. nie mogło doprowadzić

do rozstrzygnięcia w przedmiocie prawa do zasiłku chorobowego, co w efekcie prowadziło do oddalenia wniosków dowodowych skierowanych na ustalenie stanu zdrowia odwołującej.

Powołując treść regulacji art. 11 ust. 2, art. 14 ust. 1, la, art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych, Sąd I instancji zaakcentował fakt, że dobrowolny charakter ubezpieczeń sprawia, że ich ustanie może nastąpić przede wszystkim, poprzez złożenie przez ubezpieczonego wniosku o wyrejestrowaniu z przedmiotowych ubezpieczeń. Taki wniosek składa się na formularzu ZUS ZWUA, a skutek w postaci ustania dobrowolnych ubezpieczeń emerytalnego i rentowych, albo dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, występuje nie wcześniej, niż w dniu złożenia wniosku w ZUS.

Kolejnym zdarzeniem, które powoduje ustanie dobrowolnych ubezpieczeń emerytalnego i rentowych oraz dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego jest nieterminowe opłacenie składki należnej na te ubezpieczenia. W orzecznictwie przyjmuje się, że w zawartym w art. 14 ust. 2 pkt 2 sformułowaniu „nieopłacenie w terminie składki należnej” mieszczą się niewątpliwie sytuacje polegające na nieopłaceniu w terminie składki w ogóle za dany miesiąc oraz opłaceniu składki z przekroczeniem terminu. W omawianych przypadkach skutek w postaci ustania dobrowolnych ubezpieczeń następuje od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie należnej składki. W przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność, w uzasadnionych przypadkach ZUS, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie (art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej). Wyrażenie takiej zgody sprawia, że pomimo, iż składka nie została opłacona w terminie, dobrowolne ubezpieczenia chorobowe nie ustają. Odnośnie opłacenia składki w zaniżonej wysokości - orzecznictwo ulegało zmianie.

W tym kontekście opłacenie w terminie tylko części należnej składki, traktowane jako podstawa ustania ubezpieczenia dobrowolnego ex lege jest, zdaniem Sądu, 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 2001r., 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).

Uwzględniając powyższe, Sąd Okręgowy uznał, że przy dokonanych ustaleniach, iż składki na ubezpieczenie chorobowe, w wypadku ubezpieczonej dobrowolnie za październik i listopad 2016r., zostały opłacone, należy przyjąć, że ubezpieczona nie wyraziła woli wyłączenia się z ubezpieczenia. Przeciwnie, jej wola kontynuacji ubezpieczenia dobrowolnego w spornym okresie została wyrażona, skoro, co jest bezsporne, składki za ten okres zostały opłacone w terminie, gdyż w miesiącach października 2016r. i

listopadzie 2016r. nie była płatnikiem składek opłacającym składki na ubezpieczenia wyłącznie za siebie, zatem zapłata mogła nastąpić do dnia 15 kolejnego miesiąca.

Co więcej, organ rentowy przyznał, iż stosowana jest praktyka, w której płatnicy składek przebywający na zwolnieniach lekarskich we własnym zakresie obliczają wysokość należności składkowych, z uwzględnieniem okresu przebywania na zwolnieniu lekarskim. Wysokość składek została ustalona przez biuro rachunkowe, zatem odwołująca powierzyła wykonanie zadań w tym zakresie profesjonalnej firmie

i mogła działać w zaufaniu, że składki wykazane są we właściwej wysokości. Ponadto, odwołująca uzyskała z biura zapewnienie, iż pozostaje w ubezpieczeniu chorobowym w związku z przywróceniem opłacenia składki za miesiące sierpień

i wrzesień 2016r. i może opłacić składki w niepełnej wysokości. Okoliczności tej

nie zmienia fakt, iż w związku ze sporem dotyczącym ustalenia okresu zasiłkowego, odwołująca nie opłaciła składek w pełnej wysokości, gdyż spór ten został rozstrzygnięty na niekorzyść odwołującej dopiero decyzjami z dnia 15 i 21 grudnia 2016r. Decyzje te zostały zaskarżone przez odwołującą i w tym zakresie toczy się odrębne postępowanie.

Biorąc powyższe pod uwagę, Sąd Okręgowy na mocy art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. orzekł, jak w sentencji zaskarżonego orzeczenia.

Apelację od wyroku wniósł organ rentowy.

Apelujący, zaskarżając wyrok w całości, zarzucił naruszenie prawa materialnego, poprzez błędną wykładnię art. 14 ust. 2 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, poprzez przyjęcie, że opłacenie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w zaniżonej wysokości za październik i listopad 2016r.

nie może skutkować wyrażeniem woli przez odwołującą się wyłączenia jej z ubezpieczenia,

Wskazując na powyższe naruszenia, apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w całości i oddalenie odwołania oraz o zasądzenie kosztów procesu według norm przepisanych za obie instancje; ewentualnie o przekazanie sprawy Sądowi

I instancji do ponownego rozpoznania, z uwzględnieniem kosztów postępowania apelacyjnego.

Skarżący podniósł, że z przepisu art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych wynika, że ubezpieczenie chorobowe ustaje m.in.

od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie i w uzasadnionych przypadkach Zakład,

na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie. Zdaniem organu rentowego, zapis tego artykułu wskazuje, że Zakład może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie w przypadku, gdy składka została opłacona

w należnej wysokości, lecz po terminie. Tylko w przypadku opłacenia należnej składki (we właściwej wysokości) oraz w uzasadnionych przypadkach uzasadniających

jej opłacenie po terminie - Zakład może wyrazić zgodę na opłacenie składek po terminie. Tym samym w miesiącach, gdzie występuje niedopłata składek,

nie ma możliwości zastosowania instytucji „wyrażenia zgody na opłacenie składek po terminie”, gdyż nie zostały opłacone w należnej wysokości.

Nie można zgodzić się z twierdzeniem zawartym w wyroku Sądu Okręgowego,

iż przeważająca w tej sprawie jest wola ubezpieczonej w trwaniu dobrowolnego ubezpieczenia. Powyższy przepis mówi o należnej składce, a należna składka

jest wyższa niż ją opłaciła ubezpieczona. Zatem, w dalszym ciągu składka

nie została opłacona w należnej wysokości. Ubezpieczona nie dokonała dopłaty składki.

W ocenie organu rentowego, trudno się zgodzić również z twierdzeniem Sądu I instancji, iż opłacenie składki w niższej wysokości nie ma znaczenia powodującego ustanie ubezpieczenia i że decyzją organu odmówiono przyjęcia uzupełnienia składki w późniejszym terminie. Powyższe klóci się z zapisem art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, gdzie mowa jest o należnej składce.

W odpowiedzi na apelację ubezpieczona, dzielając stanowisko Sądu I instancji, wniosła o jej oddalenie oraz o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja organu rentowego jest bezzasadna.

Sąd Apelacyjny nie znalazł podstaw do zakwestionowania orzeczenia Sądu I instancji, który przeprowadził prawidłowe postępowanie dowodowe i na jego podstawie wywiódł trafne wnioski.

Sporna kwestia sprowadzała się do rozstrzygnięcia, czy ubezpieczona podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 1 października 2016r. do 30 listopada 2016r.

Zgodnie z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017r., poz. 1778 j.t.) dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają, na swój wniosek, osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4-5a, 8 i 10, czyli m.in. osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą.

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 (art. 14 ust. 1). Objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4 (art. 14 ust. 1a).

Z kolei stosownie do art. 14 ust. 2, 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.

Bezsporne w przedmiotowej sprawie jest to, że odwołująca nie zapłaciła w pełnej wysokości składki za miesiące październik i listopad 2016r.

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 odwoławczy podzieliła w całej rozciągłości orzecznictwo Sądu Najwyższego wyrażone w wyroku z dnia 8 grudnia 2015r., w sprawie II UK 443/14 (Lex nr 1962525). Zgodnie ze stanowiskiem Sądu Najwyższego, tylko zaniechanie zapłaty składki w terminie wyraża wolę zaprzestania podlegania ubezpieczeniu, opłacanie 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. Sąd Najwyższy w tym orzeczeniu stwierdził, że ustanie ubezpieczenia chorobowego wiąże się z elementem woli ubezpieczonego co do trwania ubezpieczenia, która jest podstawą dobrowolnego ubezpieczenia. Ustanie ubezpieczenia ze względu na nieopłacenie składki w niższej wysokości nie może być uznawane za jakiś szczególny rodzaj kary. Taki sposób postępowania może być ewentualnie podstawą do stosowania przez organ rentowy sankcji określonych w art. 24 ustawy systemowej.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, okoliczności sprawy niniejszej i sposób postępowania ubezpieczonej w dostatecznym stopniu wyrażał jej wolę dalszego podlegania dobrowolnym ubezpieczeniom społecznym po wyczerpaniu zasiłku chorobowego. Wysokość składek została ustalona przez biuro rachunkowe, które udzieliło ubezpieczonej zapewnienia, że odwołująca pozostaje w ubezpieczeniu chorobowym w związku z przywróceniem opłacenia składki za miesiące sierpień

i wrzesień 2016r. i może opłacać składki w niepełnej wysokości (vide: orzeczenia Sądów Apelacyjnych w następujących sprawach: SA Lublin - III AUa 387/15 i III AUa 1436/16; SA Gdańsk - III AUa 473/15, III AUa 1086/16 i III AUa 141/16).

W konsekwencji, prawidłowo uznał Sąd I instancji, że skoro ubezpieczona za sporny okres opłaciła składki na ubezpieczenie chorobowe, brak było podstaw do stwierdzenia, że jej wolą było zaprzestanie kontynuowania ubezpieczenia chorobowego.

Uwzględniając powyższe, Sąd Apelacyjny na mocy art. 385 k.p.c. oddalił apelację organu rentowego, jako pozbawioną słusznych podstaw.

/-/SSA M.Małek-Bujak /-/SSA J.Ansion /-/SSA L.Jachimowska

Sędzia Przewodniczący Sędzia

JR