

Sygn. akt **III AUa 981/20**

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 1 czerwca 2021 r.

Sąd Apelacyjny w Poznaniu III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący: sędzia Dorota Goss-Kokot

Sędziowie: Marta Sawińska

Renata Pohl

Protokolant: Krystyna Kałużna

po rozpoznaniu w dniu 1 czerwca 2021 r. w Poznaniu na posiedzeniu niejawnym

sprawy **E. G.**

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

o podleganie ubezpieczeniom społecznym

na skutek apelacji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w P.

od wyroku Sądu Okręgowego w Poznaniu

z dnia 28 lipca 2020 r. sygn. akt VIII U 2667/19

oddala apelację.

Renata Pohl	Dorota Goss-Kokot	Marta Sawińska
-------------	-------------------	----------------

UZASADNIENIE

Decyzją z 17.09.2019r., nr (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w P. Inspektorat w Ś., na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 2, art. 6 ust. 6 pkt 1, art. 11 ust. 2, art. 12 ust. 1, art. 14 ust. 1, 1a ust. 2 pkt 1,2 i 3, art. 18 ust. 8, art. 36 ust. 4 ustawy z dnia 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, stwierdził, że E. G. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą:

- podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom/u emerytalnemu, rentowym, wypadowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia od 01.01.2010r.

- podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia

społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia od 01.01.2010 r. do 30.04.2019 r. oraz od 01.06.2019 r.

- nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia od 01.05.2019 r. do 31.05.2019 r.

Odwołanie od ww. decyzji (w zakresie nie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu za okres maj 2019 r.) złożyła **E. G.** domagając się jej zmiany i uznaniu, że podlega ona nieprzerwanie dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia od 01.01.2010r.

Wyrokiem z 28.07.2020 r. Sąd Okręgowy w Poznaniu VIII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych sygn. akt VIII U 2667/19 zmienił zaskarżoną decyzję w zakresie tiret drugiego i trzeciego w ten tylko sposób, że stwierdził, iż odwołująca E. G. podlega nieprzerwanie dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia od 01.01.2010r.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

Odwołująca E. G. ma ustalone prawo do renty. Prowadzi od 01.01.2009 r. działalność gospodarczą. Odwołująca odprowadza składki na ubezpieczenia społeczne obowiązkowe w terminie. Z uwagi na swój stan zdrowia często też korzysta ze zwolnień lekarskich.

Odwołująca E. G. składki na ubezpieczenia społeczne płaci w kwotach wyliczonych wskazywanych przez biuro rachunkowe. Biuro rachunkowe wyliczyło nieprawidłowo wysokość składki za maj 2019 r. E. G., kierując się rozliczeniem biura rachunkowego w dniu 10.06.2019 r. odprowadziła składkę w kwocie 699 złotych i 38 groszy. Wkrótce potem dostała informację z organu rentowego, że jest niedopłata składki na ubezpieczenie i po dokonaniu korekty przez biuro rachunkowe w dniu 14.06.2019 r. E. G. dopłaciła brakującą kwotę 547 złotych i 54 grosze. Tego samego dnia złożyła wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składki na ubezpieczenie dobrowolne chorobowe po terminie. Organ rentowy wydał decyzję z 15.07.2019 r., w której wniosku tego nie uwzględnił. Odwołująca nie zaskarżyła decyzji z 15.07.2019 r. - decyzja uprawomocniła się.

Następnie na wniosek odwołującej z 22.07.2019 r. organ rentowy wydał decyzję z 17.09.2019r., w której stwierdził, że E. G. jako osoba prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą:

- podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom/u emerytalnemu, rentowym, wypadowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia od 01.01.2010r.

- podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia od 01.01.2010 r. do 30.04.2019 r. oraz od 01.06.2019 r.

- nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek

na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia od 01.05.2019 r. do 31.05.2019 r.

Poza sytuacją dotyczącą maja 2019 r., odwołująca E. G. nigdy nie wypadła z ubezpieczenia społecznego, organ rentowy nie wskazywał, aby wcześniej występowały u odwołującej opóźnienia w odprowadzaniu składek. Opóźnienie w zapłacie składki na ubezpieczenie chorobowe za miesiąc maj 2019 r. wynosiło zaledwie 4 dni.

Na podstawie tak ustalonego stanu faktycznego Sąd I instancji wydał zaskarżony wyrok, w którym zmienił zaskarżoną decyzję w zakresie tiret drugiego i trzeciego w ten tylko sposób, że stwierdził, iż odwołująca E. G. podlega nieprzerwanie dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia od 01.01.2010r.

Po przeprowadzeniu postępowania dowodowego Sąd I instancji uznał, że odwołująca E. G. podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowego jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą także za miesiąc maj 2019 r. Sąd I instancji zwrócił uwagę, że odwołująca przekonująco wskazała w jakich okolicznościach doszło do opóźnienia w opłaceniu pełnej składki, zaznaczył również, że składka została zapłacona, ale nie w pełnej wysokości, natomiast dopłata tej brakującej kwoty nastąpiła w ciągu zaledwie czterech dni. Jednocześnie Sąd I instancji zwrócił uwagę, na dużą dyscyplinę płatniczą wcześniejszą odwołującej (za wyjątkiem tej jedynej sytuacji zawsze opłacała wszystkie składki w prawidłowej wysokości oraz w terminie), podkreślił, że organ rentowy nie zgłaszał również żadnych zastrzeżeń w tym zakresie, nie eksponował takiej okoliczności.

Mając na uwadze powyższe Sąd Okręgowy na podstawie art. 477¹⁴ § 1 i 2 zmienił zaskarżoną decyzję w zakresie tiret drugiego i trzeciego w ten tylko sposób, że stwierdził, iż odwołująca E. G. podlega nieprzerwanie (także za miesiąc maj 2019 r.) dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia od 01.01.2010r.

Apelację od powyższego wyroku wniósł pozwany Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w P. zaskarżając go w całości. Zaskarżonemu wyrokowi zarzucił:

- 1) naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez brak wszechstronnego rozważenia zebranego w sprawie materiału dowodowego, w szczególności wskazującego na długość okresów niezdolności do pracy, osiągniętych z działalności przychodów, kwot wypłaconych zasiłków, co doprowadziło do błędów w ustaleniach stanu faktycznego, polegającego na przyjęciu, że w niniejszej sprawie zachodzi uzasadniony przypadek, o którym mowa w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych,
- 2) naruszenie art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez uznanie, że w stanie faktycznym niniejszej sprawy zachodziły przesłanki uzasadniające wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie.

Wskazując ww. zarzuty wniósł o:

1. zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie odwołania od decyzji z dnia 17.09.2019 r. nr 81/2019 r.
2. zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego w instancji odwoławczej według norm przepisanych.

Odwołująca nie złożyła odpowiedzi na apelację.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Wniesioną przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych apelację uznać należy za bezzasadną.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, rozstrzygnięcie Sądu I instancji jest oczywiście prawidłowe. Sąd Okręgowy właściwie przeprowadził postępowanie dowodowe, w żaden sposób nie uchybiając przepisom prawa procesowego, dokonał trafnej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego i w konsekwencji prawidłowo ustalił stan faktyczny sprawy. Prawidłowo także zastosował prawo materialne. Sąd Apelacyjny w całości podzielił ustalenia faktyczne i rozważania prawne Sądu Okręgowego, rezygnując jednocześnie z ich ponownego szczegółowego przytaczania. Wobec niewątpliwego wyjaśnienia wszystkich istotnych okoliczności sprawy, nie widział też konieczności uzupełniania postępowania dowodowego.

Na wstępie przypomnieć należy, że zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt 5 obowiązkowo ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu podlegają osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą oraz osoby z nimi współpracujące.

Zgodnie z art. 11 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają na swój wniosek osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 7b, 8 i 10.

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. Z kolei art. 14 ust. 1a wskazuje, że objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane zgodnie z art. 36 ust. 4 albo 4b tj. w ciągu 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia.

Zgodnie z art. 14 ust. 2 ustawy 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.

Sąd Apelacyjny zwraca uwagę, że w zaskarżonej decyzji Zakład Ubezpieczeń Społecznych uznał, że odwołująca nie podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od 01.05.2019 r. do 31.05.2019 r. Powodem takiego rozstrzygnięcia ZUS był brak opłacenia przez odwołującą na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe składek w terminie i prawidłowej wysokości, co z kolei było spowodowane jak wynika z ustalonego stanu faktycznego – wyjaśnień odwołującej - błędnym obliczeniem składek przez biuro rachunkowe współpracujące z odwołującą. Co istotne odwołująca już po uzyskaniu informacji o niedopłacie uiściła brakującą kwotę, opóźniając się w spłacie składki tylko o 4 dni, złożyła jednocześnie wniosek do ZUS o opłacenie składki po terminie, który ostatecznie nie został uwzględniony przez ZUS.

Sąd Apelacyjny w pełni akceptuje stanowisko Sądu I instancji, że wydanie przez organ rentowy decyzji o odmowie zgody na opłacenie składki po terminie nie stanowi przeszkody w badaniu tego zagadnienia w obrębie postępowania z odwołania od decyzji ustalających przebieg ubezpieczenia społecznego.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego i sądów powszechnych przyjmuje się, że dany przypadek opłacenia składki po terminie nie musi być wyjątkowy i szczególnie uzasadniony, a wystarczy obiektywne usprawiedliwienie i wytłumaczenie dlaczego składka została opłacona w niepełnej wysokości. Przepis art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych nie powinien być bowiem interpretowany z nadmiernym rygoryzmem, tak aby

każde uchybienie terminowi opłacenia składki niejako automatycznie prowadziło do wyłączenia z ubezpieczenia, bez względu na zaistniałe okoliczności. Przez przypadek uzasadniony należy więc rozumieć taki, który obiektywnie usprawiedliwia i tłumaczy, dlaczego składka nie została w terminie opłacona w należnej wysokości (wyrok SN z 19.01.2016 r., I UK 35/15 OSNP 2017 Nr 8, poz. 99).

Sąd Apelacyjny zwraca uwagę na wyrok Sądu Najwyższego z 08.12.2015 r. w sprawie II UK 443/14, zgodnie z którym tylko zaniechanie zapłaty składki w terminie wyraża wolę zaprzestania podlegania ubezpieczeniu, opłacenie zaś składki wiąże się z wolą jego kontynuowania. Dlatego opłaceniu składki w niższej od należnej wysokości nie należy nadawać znaczenia powodującego ustanie ubezpieczenia wbrew woli ubezpieczonego. Jeżeli taka jest wola ubezpieczonego, to nie może jej być przeciwstawiona decyzja organu ubezpieczeń społecznych o odmowie przyjęcia uzupełnienia składki w późniejszym terminie. Opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w kwocie niższej od należnej nie powoduje zatem ustania tego ubezpieczenia.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego podane przez odwołującą przyczyny nieopłacenia składki w pełnej wysokości w powiązaniu z wolą dalszego kontynuowania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, przejawiającą się uiszczeniem składki w niepełnej wysokości, a następnie niezwłocznym naprawieniem błędu i opłaceniem brakującej kwoty składki po powzięciu wiadomości, że nastąpiła pomyłka w wysokości uiszczonych składki za maj 2019 r. - stanowiły okoliczności uzasadniające przywrócenie terminu do opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe we właściwej wysokości i tym samym objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym skarżącej również za maj 2019 r.

Nie ulega wątpliwości, że odwołująca w dostateczny sposób wyjaśniła w jakich okolicznościach doszło do opóźnienia w opłaceniu pełnej składki. Dopłata tej brakującej kwoty nastąpiła niemalże błyskawicznie, bo w ciągu czterech dni, albowiem już 14.06.2019 r. odwołująca uiszczyła brakującą część składki. Co również istotne, złożyła jednocześnie stosowny wniosek o wyrażenie zgody przez ZUS do opłacenia składki po terminie w pełnej wysokości. Istotnym w sprawie jest również, cały przebieg dotychczasowy tj. zachowanie się odwołującej jako płatnika składek. Odwołująca przez cały okres ubezpieczenia wykazywała się dużą dyscypliną płatniczą, po za tym jednym opóźnieniem (wynikającym z uiszczenie składki w niepełnej wysokości) nie zdarzyło się aby wcześniej kiedykolwiek uchybiła terminowi do opłacenia składek. Organ rentowy nie wskazywał, aby poza tę jedną nieterminową wpłatą odwołująca notorycznie się spóźniała z zapłatą składek. Jedynym mocno uwypuklonym argumentem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych był tak naprawdę argument, że odwołująca często przebywała na zwolnieniu lekarskim i pobierała z tego tytułu wysokie zasiłki, natomiast jak słusznie zauważył Sąd I instancji te okoliczności nie są istotne w niniejszej sprawie, znajdują się one poza zakresem badania Sądu i nie mają znaczenia dla oceny zasadności wniosku.

Ubocznie w ocenie Sądu Apelacyjnego należy zwrócić uwagę – na co również wskazywał Sąd I instancji, że jeśli organ rentowy uważa, że odwołująca nadużywa systemu ubezpieczeń społecznych, gdyż np. nie prowadzi działalności gospodarczej i jej zgłoszenie jako osoby prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą jest fikcyjne, tzn. nie odzwierciedla tego co dzieje się w rzeczywistości gospodarczej, to organ rentowy niewątpliwie ma inne narzędzia (a właściwie cały wachlarz narzędzi) do weryfikacji podlegania przez E. G. ubezpieczeniom społecznym. Reasumując, brak jest podstaw do odmowy przyznania ubezpieczenia społecznego, tylko dlatego, że osoba ubezpieczona często korzysta ze zwolnień lekarskich z uwagi na swój stan zdrowia.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego wszystkie ustalenia faktyczne, dokonane przez Sąd Okręgowy, znajdują oparcie w zgromadzonym materiale dowodowym, który Sąd I instancji właściwie ocenił na podstawie jego wszechstronnego rozważenia, polegającego na rzetelnej, bezstronnej ocenie wyników postępowania i ich prawidłowej interpretacji, przy uwzględnieniu zasad logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego. Zważyć należy, że wykazanie, iż Sąd I instancji naruszył art. 233 § 1 k.p.c., co mogło mieć istotny wpływ na wynik sprawy, nie może być ograniczone do odmiennej interpretacji dowodów zebranych w sprawie, przy jednoczesnym zaniechaniu wykazania, iż ocena przyjęta za podstawę rozstrzygnięcia przekracza granicę swobodnej oceny dowodów, którą wyznaczają czynniki logiczny i ustawowy, zasady doświadczenia życiowego, aktualny stan wiedzy, stan świadomości prawnej i dominujących poglądów na sądowe stosowanie prawa. Jeżeli z określonego materiału dowodowego Sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów

(art. 233 § 1 k.p.c.) i musi się ostać, choćby w równym stopniu na podstawie tego materiału dowodowego dawały się wysnuć wnioski odmienne. Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo-skutkowych, to przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona.

Przenosząc powyższe ogólne rozważania na grunt przedmiotowej sprawy, w ocenie Sądu Apelacyjnego, bezzasadny był zarzut organu rentowego dotyczący naruszenia art. 233 § 1 k.p.c., a sprowadzający się w istocie do tego, że organ rentowy wskazał jedynie, iż w jego ocenie z przeprowadzonych dowodów Sąd I instancji wyciągnął wnioski niezgodne z ich ustaleniami.

Sąd Apelacyjny zaznacza, że zarzuty sformułowane przez organ rentowy w apelacji są nietrafione i Sąd Apelacyjny nie znalazł podstaw do ich uwzględnienia, zarzuty powołane w apelacji w żadnej mierze nie wzruszyły rozstrzygnięcia wydanego przez Sąd I instancji. Sąd Apelacyjny po ponownym przeanalizowaniu materiału dowodowego zgromadzonego z niniejszej sprawy nie dopatrzył się naruszeń ze strony Sądu I instancji, postępowanie dowodowe zostało przeprowadzone w sposób wyczerpujący, Sąd dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych oraz dokonał prawidłowej analizy zgromadzonego materiału dowodowego, co w konsekwencji przełożyło się na wydanie wyroku z 28.07.2020r.

Uznając zarzuty apelującego organu rentowego za nieuzasadnione, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił wniesioną apelację.

Renata Pohl Dorota Goss-Kokot Marta Sawińska