

Sygn. akt III AUa 194/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 8 grudnia 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Jolanta Hawryszko
Sędziowie:	SSA Barbara Białecka SSO del. Gabriela Horodnicka - Stelmaszczuk (spr.)
Protokolant:	St. sekr. sąd. Katarzyna Kaźmierczak

po rozpoznaniu w dniu 8 grudnia 2015 r. w Szczecinie

sprawy M. M.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K.

przy udziale Narodowego Funduszu Zdrowia

o składki

na skutek apelacji organu rentowego

od wyroku Sądu Okręgowego w Koszalinie IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 15 stycznia 2015 r. sygn. akt IV U 922/14

1. zmienia zaskarżony wyrok w punkcie I i oddala odwołanie,
2. zasądza od M. M. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. kwotę 120zł (sto dwadzieścia złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

SSA Barbara Białecka SSA Jolanta Hawryszko SSO del. Gabriela Horodnicka

- Stelmaszczuk

Sygn. akt III AUa 194/15

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. decyzją z dnia 7 lipca 2014 r. określił ubezpieczonej M. M. podstawę wymiaru wysokość składek na ubezpieczenie zdrowotne, należnych Narodowemu Funduszowi Zdrowia na podstawie

umowy z dnia 30 grudnia 2004 roku za okres od kwietnia do czerwca 2014 roku i wezwał ubezpieczoną do ich uiszczenia.

M. M. nie zgodziła się z treścią decyzji wydanej przez organ rentowy w części, w której ustalono jej obowiązek opłacenia składek na ubezpieczenie zdrowotne za miesiące maj i czerwiec 2014 r. W tym zakresie wniosła o zmianę zaskarżonej decyzji, oceniając ją jako niezgodną z prawem. Podniosła, że we wskazanym okresie nie podlegała ubezpieczeniu zdrowotnemu, bowiem umowa łącząca ją z Narodowym Funduszem Zdrowia uległa rozwiązaniu.

Organ rentowy w odpowiedzi na odwołanie domagał się jego oddalenia. Powołując na stanowisko Narodowego Funduszu Zdrowia wskazał, że umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu z dniem 16 czerwca 2014 roku, zatem do tej daty ubezpieczona winna uiścić składki.

Postanowieniem z dnia 9 października 2014 r. Sąd, na podstawie 477⁽¹¹⁾ § 2 k.p.c., wezwał do udziału w sprawie w charakterze zainteresowanego Narodowy Fundusz Zdrowia. W odpowiedzi na wezwanie zainteresowany stwierdził, że zgodnie z umową z dnia 30 grudnia 2006 roku została ona rozwiązana z dniem 16 maja 2014 roku, bowiem ubezpieczona M. M. nie złożyła oświadczenia o rezygnacji z dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Wyrokiem z dnia 15 stycznia 2015 r. Sąd Okręgowy w Koszalinie IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych zmienił zaskarżoną decyzję ustalając, że ubezpieczona M. M. nie ma obowiązku uiszczenia składek z tytułu dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego za miesiąc maj i czerwiec 2006 roku i w oddalił odwołanie w pozostałym zakresie.

Sąd Okręgowy oparł swoje rozstrzygnięcie na następujących ustaleniach faktycznych i rozważaniach prawnych:

Ubezpieczona M. M. po raz pierwszy zawarła umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w dniu 30 grudnia 2004 roku. Jej przedmiotem było objęcie ubezpieczoną dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym od daty zawarcia umowy to jest od 30 grudnia 2004 roku. Umowa ta została rozwiązana w związku z zaległością składkową poczynając od miesiąca kwietnia 2006 roku. Kolejną umowę w przedmiocie ubezpieczenia zdrowotnego podpisała w dniu 30 grudnia 2006 roku. Zadeklarowała wysokość składki w kwocie 300 zł miesięcznie, zaś Narodowy Fundusz Zdrowia zapewnił jej i członkom jej rodziny możliwość korzystania z opieki medycznej od 30 grudnia 2006 roku. Jednocześnie strony postanowiły, że umowa będzie obowiązywać do dnia jej rozwiązania lub po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłaceniu przez ubezpieczoną od 2006 r.

Ubezpieczona korzystając z przytoczonego zapisu umowy zaprzestała płacenia składek poczynając od kwietnia 2014 roku, przy czym ratę za miesiąc marzec zapłaciła przed terminem wraz z należnością składkową za miesiąc luty 2014 roku. W konsekwencji jej postawy Zakład Ubezpieczeń Społecznych, mocą zaskarżonej decyzji, wezwał ubezpieczoną do uiszczenia zaległości składkowej za miesiące kwiecień, maj i czerwiec 2014 roku na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia. Sąd wskazał, że ustalony stan faktyczny nie był pomiędzy stronami sporny i został ustalony na podstawie zgodnych oświadczeń stron.

Sąd Okręgowy uznał, że odwołanie zasługuje na częściowe uwzględnienie, podnosząc że ustawą z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 z późn. zm.) wprowadzono powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Zrezygnowano z budżetowego finansowania świadczeń zdrowotnych, wprowadzono zaś obowiązek, od 1 stycznia 1999 r., opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne przez samego ubezpieczonego czyli beneficjenta świadczeń zdrowotnych. W późniejszym okresie regulacje dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego zawierała ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 45, poz. 391 z późn. zm.) a następnie, obowiązująca do chwili obecnej, ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.). Przywołana ustawa, co do zasady, obligatoryjnie kreuje obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego, wskazując w art. 66 osoby, które ex lege wstępują w stosunek prawny jako jego strona. Istnieje jednak wyjątek od tej reguły, który pozwala na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne. Zgodnie z treścią art. 68 ust. 1 osoba niewymieniona w art. 66 ust. 1, pracownik przebywający na urlopie bezpłatnym, poseł do Parlamentu Europejskiego wybrany w

Rzeczypospolitej Polskiej lub osoba niewymieniona w art. 66 ust. 1, do której ma zastosowanie art. 11 ust. 3 lit. e rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, może ubezpieczyć się dobrowolnie na podstawie pisemnego wniosku złożonego w Funduszu, jeżeli ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Z takiej możliwości skorzystała M. M. składając odpowiedni wniosek i podpisując stosowną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Strony jasno określiły w umowie swoje prawa i obowiązki. Ubezpieczona zobowiązała się do uiszczania składki ubezpieczeniowej w wysokości 300 zł miesięcznie, zaś NFZ do świadczenia usług medycznych. Z treści umowy, w ocenie Sądu meriti, również jasno wynika, w jakich okolicznościach umowa ulega rozwiązaniu. W myśl § 9, umowa dobrowolnego ubezpieczenia społecznego zawarta na czas nieokreślony może być rozwiązana w drodze pisemnego poinformowania Narodowego Funduszu Zdrowia o rezygnacji z ubezpieczenia zdrowotnego bądź też wygasa po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłacaniu składek.

Sąd Okręgowy wskazał, że ubezpieczona знаła treść umowy i postanowiła rozwiązać ją korzystając z możliwości wynikającej z przytoczonego wyżej § 9. W tym celu po opłaceniu składki za miesiąc marzec 2014 roku (wraz ze składką za miesiąc luty) dalszych czynności składkowych nie podejmowała. W ocenie Sądu meriti, okoliczności wskazują, że stosunek ubezpieczenia zdrowotnego ustał wraz z upływem jednego miesiąca nieprzerwanej płatności. Skoro ubezpieczona nie uiściła składki za miesiąc kwiecień, to konsekwencją takiego stanu rzeczy jest wyłączenie jej z ubezpieczenia zdrowotnego od maja 2014 roku; tym samym pozostaje zobowiązana do zapłaty zaległości za miesiąc kwiecień 2014 roku.

Mając na uwadze ustalony stan faktyczny, Sąd Okręgowy na podstawie art. 477⁽¹⁴⁾ § 2 k.p.c. zmienił zaskarżoną decyzję organu rentowego i ustalił, iż ubezpieczona M. M. nie ma obowiązku opłacenia składek na ubezpieczenie zdrowotne z tytułu dobrowolnego ubezpieczenia społecznego za miesiąc maj i czerwiec 2014 roku, a w pozostałym zakresie oddalił odwołanie.

Z powyższym rozstrzygnięciem nie zgodził się organ rentowy zaskarżając wyrok w całości, wnosząc o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie odwołania oraz o zasądzenie od ubezpieczonej na rzecz organu rentowego kosztów zastępstwa procesowego za postępowanie przed Sądem I instancji według norm przepisanych; ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania oraz o zasądzenie od ubezpieczonej na rzecz organu rentowego kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W uzasadnieniu wskazał, że z dniem 30 grudnia 2004 r. NFZ poinformował, że umowa nie została formalnie rozwiązana i wygasła po miesiącu nieprzerwanej zaległości w płatności składek z dniem 16 czerwca 2006 r. W związku z otrzymanymi informacjami, organ rentowy z urzędu sporządził dokument wyrejestrowujący ubezpieczoną z dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego od dnia 16 czerwca 2006 r. oraz dokumenty rozliczeniowe za miesiące kwiecień, maj, czerwiec 2006 r. z wykazanymi podstawami wymiaru oraz składkami na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne. Organ rentowy poczynił odpowiednie czynności zgodnie z informacjami otrzymanymi z NFZ. Umowy sporządzane z NFZ zgodnie są z przepisami ustawy. Nawet biorąc tylko i wyłącznie pod uwagę zapisy umowy, to w ocenie organu rentowego, należy stwierdzić, że składka za miesiąc marzec opłacona została w niepełnej wysokości. Obowiązek zapłaty składki następuje do 15 następnego miesiąca za miesiąc, w którym jest się objętym ubezpieczeniem. Zaległość powstała zatem z dniem 16 kwietnia. Skoro zatem umowa wygasa po miesięcznej zaległości, to ubezpieczona powinna jeszcze być objęta ubezpieczeniem przynajmniej za miesiąc maj. Wynika z tego, że przynajmniej za miesiąc maj powinna zostać zapłacona składka na ubezpieczenie zdrowotne.

Jak z powyższego wynika, w ocenie skarżącego, Sąd I instancji w niewłaściwy sposób zinterpretował zapisy umowy. Nastąpiła więc sprzeczność ustaleń Sądu z zebrany w sprawie materiałem dowodowym.

W odpowiedzi na apelację ubezpieczona podtrzymała w całości dotychczasowe stanowisko w sprawie oraz wniosła o oddalenie apelacji w całości z uwagi na jej rażącą niezasadność i obciążenie ZUS kosztami postępowania.

W uzasadnieniu podniosła, że Sąd Okręgowy, wbrew twierdzeniom apelującego, bardzo rzetelnie przeprowadził postępowanie dowodowe i wyciągnął z niego prawidłowe wnioski. Postępowanie to nie zostało przeprowadzone dzięki

zaangażowaniu ZUS, a zaangażowaniu ubezpieczonej i Sądu. Od samego początku ZUS wykazywał bowiem całkowitą bierność w sprawie. ZUS nie potrafił bowiem, bez ponaglenia ze strony Sądu i ubezpieczonej, załączyć do akt sprawy oryginału zawartej z ubezpieczoną umowy. Ubezpieczona wielokrotnie podkreślała, iż kolejne pisma nie wносиły do sprawy żadnych nowych okoliczności, które mogłyby skłonić ją do zmiany stanowiska.

W ocenie ubezpieczonej, ani NFZ w S. ani ZUS w K. nigdy nie podały żadnych racjonalnych argumentów na poparcie ich twierdzeń. Apelacja jest pierwszym pismem w sprawie, w którym ZUS w ogóle, i to na dodatek błędnie, odnosi się do treści umowy. Zdaniem ubezpieczonej, wersja tam zaprezentowana stoi w sprzeczności z oświadczeniami pełnomocnika, które zostały wyrażone na rozprawie w dniu 15 stycznia 2015 r. Na rozprawie pełnomocnik ZUS ponownie nie potrafił uzasadnić decyzji o ustaleniu wymiaru składek, wskazywał nawet, iż informacje podawane Sądowi mogą być błędne i wynikać z przeoczenia lub błędu pracownika ZUS (e-protokół rozprawy od 00:01:14 do 00:02:53)

W ocenie ubezpieczonej, ta wersja jest jak najbardziej prawdopodobna jeżeli weźmie się pod uwagę fakt, iż już na etapie ustalania należności dopuszczono się rozlicznych błędów oraz naruszeń prawa — w szczególności wydano decyzję administracyjną dopiero po wysłaniu wezwania i po pisemnej interwencji ubezpieczonej, nie przekazano do Sądu pierwszego odwołania w sprawie. Uzasadnienie apelacji potwierdza nadto stanowisko ubezpieczonej, iż ZUS nie przeprowadził w sprawie żadnego sensownego postępowania dowodowego poprzestając jedynie na analizie zapisów komputerowych — zapisów w Kompleksowym Systemie Informatycznym - nie konfrontując ich z treścią pozostałych dowodów. Ubezpieczona już wcześniej wykazała, iż takie postępowanie niezgodne jest z przepisami prawa. Zgodnie bowiem z art. 123 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych w sprawach uregulowanych ustawą stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego, chyba że ustawa stanowi inaczej. Oznacza to, iż między innymi obowiązuje art. 7 KPA, który stanowi, iż w toku postępowania organy administracji publicznej stoją na straży praworządności, z urzędu lub na wniosek stron podejmują wszelkie czynności niezbędne do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego oraz do załatwienia sprawy, mając na względzie interes społeczny i słuszny interes obywateli. Ubezpieczona wskazała również, iż dokumenty z NFZ choć objęte są domniemaniem prawdziwości, to domniemanie to nie jest domniemaniem niewzruszalnym. Zgodnie bowiem z art. 76 KPA Przepisy § 1 i 2 nie wykluczają możliwości przeprowadzenia dowodu przeciwko treści dokumentów wymienionych w tych przepisach. Skoro zatem pojawiły się wątpliwości co do rzetelności sporządzonych przez NFZ dokumentów ZUS obowiązany był do podjęcia, i to nawet z urzędu, odpowiednich czynności dowodowych — co nigdy nie miało miejsca.

Zainteresowany, popierając zgłoszoną apelację Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w K. wniósł o zmianę zaskarżonego przez organ rentowy wyroku Sądu Okręgowego w Koszalinie i o oddalenie odwołania ubezpieczonej a także o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego za II instancję.

Zdaniem zainteresowanego Narodowego Funduszu Zdrowia w W. — (...) w S. zarzut apelacyjny wobec zaskarżonego wyroku jest zasadny. Z zawartej umowy nr (...)r dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego z dnia 30 grudnia 2004 r., jej rozwiązanie następowało w trybie określonym w § 9 ust.1 przedmiotowej umowy. Poza sporem jest, że ubezpieczona nie rozwiązała umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego nr (...)

Z tych przyczyn umowa wygasła zgodnie z § 9 ust. 2 przedmiotowej umowy. W niniejszej sprawie istotny jest przepis art. 68 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jedn. tekst Dz.U nr 164 poz. 1027 z 2008 r.), a szczególnie jego ust. 12. Przepis ten na przestrzeni 10 lat od jego uchwalenia nie był nowelizowany. Zgodnie z art. 68 ust 12 cytowanej ustawy umowa wygasa po upływie 30 dni od dnia ustania ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu. W umowie natomiast sprecyzowano, iż umowa wygasa po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłaceniu składek lub nieopłacenia w wyznaczonym terminie kolejnej raty.

W ocenie zainteresowanego, nie ma wątpliwości, że ubezpieczona zapłaciła za marzec 2006 r. składkę w niepełnej wysokości. Zdaniem ubezpieczonej fakt, że zapłaciła składkę w niepełnej wysokości jest tożsamy z nieopłaceniem składki w terminie. Termin zapłaty składki został określony w 5 ust. 3 umowy nr (...)r. Zgodnie z tym postanowieniem umownym określono: termin jako do dnia 15 następnego miesiąca za miesiąc poprzedni. W następnym, ustępie

strony przewidziały zapłatę odsetek za nieterminowe wpłacanie składki. Analizując wskazane przepisy i postanowienia umowne w odniesieniu do niespornego stanu faktycznego – zapłaty niepełnej składki za miesiąc marzec 2006 r. – nie sposób nie przyznać racji apelującemu organowi, że co najmniej od miesiąca kwietnia 2006 r. mamy do czynienia z niezapłaceniem składki. Strony jednakże zawarły umowę w której przewidziały termin wygaśnięcia umowy w przypadku gdy niepłacenie składek wynosi: miesiąc nieprzerwanej zaległości w niepłaceniu składki.

Zdaniem NFZ wobec zapłaty częściowo składki za m-c marzec to dopiero faktyczna zaległość (nieprzerwana) nastąpiła w dniu 16 maja 2006 roku co skutkuje że umowa wygasła po upływie miesiąca tj. 16 czerwca 2006 roku. Także zachowanie ubezpieczonej wskazuje na zaniedbanie obowiązków umownych. Przedstawiona przez ubezpieczoną interpretacja mająca doprowadzić do wygaśnięcia umowy poprzez zaprzestanie płatności składki jest niewiarygodna. W takim kontekście płatność częściowa składki ubezpieczeniowej jest niezrozumiała. Należałoby sądzić iż częściowa płatność składki miała doprowadzić do trwania ubezpieczenia, a nie do jego wygaśnięcia.

Dlatego, zdaniem zainteresowanego, wyrok Sądu Okręgowego IV Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w K. nie jest zasadny i koniecznym było zaskarżenie tego wyroku.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja okazała się uzasadniona.

Postępowanie apelacyjne ma merytoryczny charakter i jest dalszym ciągiem postępowania rozpoczętego przed sądem pierwszej instancji. Zgodnie z treścią art. 378 § 1 k.p.c., sąd drugiej instancji rozpoznaje sprawę w granicach apelacji; w granicach zaskarżenia bierze jednak z urzędu pod uwagę nieważność postępowania. Rozważając zakres kognicji sądu odwoławczego, Sąd Najwyższy stwierdził, iż sformułowanie „w granicach apelacji” wskazane w tym przepisie oznacza, iż sąd drugiej instancji między innymi rozpoznaje sprawę merytorycznie w granicach zaskarżenia, dokonuje własnych ustaleń faktycznych, prowadząc lub ponawiając dowody albo poprzestaje na materiale zebranym w pierwszej instancji, ustala podstawę prawną orzeczenia niezależnie od zarzutów podniesionych w apelacji oraz kontroluje poprawność postępowania przed sądem pierwszej instancji, pozostając związany zarzutami przedstawionymi w apelacji, jeżeli są dopuszczalne, ale biorąc z urzędu pod uwagę nieważność postępowania, orzeka co do istoty sprawy stosownie do wyników postępowania (por. uzasadnienie uchwały składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 31 stycznia 2008 r., sygn. akt III CZP 49/07, OSN 2008/6/55). Dodatkowo należy wskazać, iż dokonane przez sąd pierwszej instancji ustalenia faktyczne, sąd drugiej instancji może podzielić i uznać za własne (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 października 1998 r., sygn. akt II CKN 923/97, OSNC 1999/3/60).

Apelacja organu rentowego okazała się uzasadniona, a sformułowane w niej zarzuty należało uznać za trafne.

W pierwszej kolejności należy wskazać, iż Sąd I instancji przeprowadził w niniejszej sprawie postępowanie dowodowe, ale nie można zgodzić się wyciągniętymi wnioskami, a w konsekwencji z treścią rozstrzygnięcia Sądu I instancji.

Poza sporem pozostawało w niniejszej sprawie, że ubezpieczona nie rozwiązała umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego nr (...)Niespornym było również, że ubezpieczona zapłaciła za marzec 2006 r. składkę w niepełnej wysokości. Wprawdzie, zdaniem ubezpieczonej fakt, że zapłaciła składkę w niepełnej wysokości jest tożsamy z nieopłaceniem składki w terminie, jednakże nie można zgodzić się z tym twierdzeniem. Z treści art. 68 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027) wynika, iż ubezpieczony przestaje być objęty ubezpieczeniem zdrowotnym z dniem rozwiązania umowy lub po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłacaniu składek. **Przesłanka powyższa zostaje spełniona w przypadku upływu miesiąca od nieopłacenia w ogóle składki w określonym terminie.** Wpłata składki w jakiegokolwiek wysokości przerywa okres zaległości w jej wysokości i potwierdza wolę ubezpieczonego w kontynuacji umowy ubezpieczenia (tak też wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego siedziba w Warszawie z dnia 6 maja 2009 r. VII SA/Wa 127/09).

Osoba zainteresowana dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym składa w wybranym oddziale wojewódzkim Funduszu wnioski o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym (zawierający m.in. dane tej osoby i członków jej rodziny) oraz podpisuje z Funduszem umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego (art. 68 ust 1 i 4 ŚwOpZdrU). Umowa zawierana jest na czas nieokreślony. Objęcie tym ubezpieczeniem następuje z dniem określonym w umowie. Osoba objęta dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym samodzielnie odprowadza składkę, a także samodzielnie zgłasza się do ubezpieczenia zdrowotnego. Zgłoszenie osoby, która zawarła z Funduszem umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, następuje na druku ubezpieczeniowym ZUS ZZA Prawo do świadczeń zdrowotnych osoby, która zawarła umowę, oraz członków jej rodziny przysługuje od dnia objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym wskazanego w umowie i wygasa po upływie 30 dni od dnia ustania ubezpieczenia w Funduszu. Osoba opłacająca składkę na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne przestaje natomiast być nim objęta z dniem rozwiązania umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego (za wypowiedzeniem lub porozumieniem stron) lub po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłacaniu składek. W przypadku ustania dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego należy powiadomić o tym ZUS poprzez wypełnienie formularza wyrejestrowania z ubezpieczeń (druk ZUS ZWUA).

Należy zaznaczyć, iż podstawa wymiaru składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne nie ulega zmniejszeniu proporcjonalnie do okresu podlegania temu ubezpieczeniu. W myśl art. 79 ust. 2 ŚwOpZdrU składka na ubezpieczenie zdrowotne jest bowiem miesięczna i niepodzielna. Zapis ten dotyczy zarówno składki na ubezpieczenie obowiązkowe, jak i na dobrowolne. W praktyce oznacza to, że jeżeli np. dana osoba zostanie objęta dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym z dniem 16 września, to zapłaci składkę w pełnej wysokości, tj. w takiej samej wysokości jak osoba objęta tym ubezpieczeniem przez cały wrzesień. Liczba dni podlegania w danym miesiącu ww. ubezpieczeniu nie ma wpływu na wysokość odprowadzanej składki.

Terminem odprowadzenia składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne był u ubezpieczonej 15 dzień następnego miesiąca (§ 5 ust. 3 umowy z dnia 30 grudnia 2004 r. nr (...) zgodny z art. 87 ust. 1 ŚwOpZdrU). Skoro zatem ubezpieczona odprowadziła składkę za marzec już w lutym to następną składkę za kwiecień winna była odprowadzić najpóźniej 15 maja. Do tego dnia nie powstała żadna zaległość w opłaceniu składki. Pierwszym dniem zaległości był zatem dzień 16 maja, a miesięczny okres nieprzerwanej zaległości w opłaceniu składek powodujący ustanie umowy ubezpieczenia upłynął z dniem 16 czerwca 2015 r. Z uwagi na fakt, że stosownie do treści art. 79 ust. 2 składka jest miesięczna i niepodzielna ubezpieczona winna uiścić składki w pełnej wysokości.

Analizując zatem wskazane przepisy i postanowienia umowne w odniesieniu do niespornego stanu faktycznego – zapłaty niepełnej składki za miesiąc marzec 2006 r. – nie sposób nie przyznać racji apelującemu organowi, że co najmniej od miesiąca kwietnia 2006 r. mamy do czynienia z niezapłaceniem składki. Strony jednakże zawarły umowę w której przewidziały termin wygaśnięcia umowy w przypadku gdy niepłacenie składek wynosi: miesiąc nieprzerwanej zaległości w niepłaceniu składki.

Zachowanie ubezpieczonej wskazywało na zaniedbanie obowiązków umownych. O ile bowiem ubezpieczona chciałaby w rzeczywistości doprowadzić do ustania ubezpieczenia z końcem marca winna była stosownie do treści § 6 ust. 1 zawartej umowy rozwiązać ją. Niewyrażenie woli w sposób wyraźny przez ubezpieczoną spowodowało konieczność zastosowania zasad wynikających z cytowanego już wyżej zapisu § 6 ust. 1 umowy.

Zgodzić się również należy ze stanowiskiem Narodowego Funduszu Zdrowia, że przedstawiona przez ubezpieczoną interpretacja mająca doprowadzić do wygaśnięcia umowy poprzez zaprzestanie płatności składki jest niewiarygodna. W takim kontekście płatność częściowa składki ubezpieczeniowej jest niezrozumiała. Należałoby sądzić iż częściowa płatność składki miała doprowadzić do trwania ubezpieczenia, a nie do jego wygaśnięcia. Rację zatem ma Narodowy Fundusz Zdrowia twierdząc, że z zawartej umowy nr (...)r dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego z dnia 30 grudnia 2004 r., jej rozwiązanie następowało w trybie określonym w § 9 ust.1 przedmiotowej umowy. Z tych przyczyn umowa wygasła zgodnie z § 9 ust. 2 przedmiotowej umowy. W niniejszej sprawie istotny jest przepis art. 68 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jedn. tekst Dz.U nr 164 poz. 1027 z 2008 r.), a szczególnie jego ust. 12. Przepis ten na przestrzeni 10 lat od jego uchwalenia nie był nowelizowany. Zgodnie

z art. 68 ust 12 cytowanej ustawy umowa wygasa po upływie 30 dni od dnia ustania ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu. W umowie natomiast sprecyzowano, iż umowa wygasa po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłaceniu składek lub nieopłacenia w wyznaczonym terminie kolejnej raty co nastąpiło dopiero z dniem 16 czerwca.

Z powyższych względów na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. orzeczono jak w punkcie I sentencji.

O kosztach postępowania (punkt II), Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art. 98 § 1 k.p.c., zgodnie z którym strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu), przy czym Sąd rozstrzyga o kosztach w każdym orzeczeniu kończącym sprawę w instancji (art. 108 § 1 k.p.c.). Do celowych kosztów postępowania należy między innymi koszt ustanowienia zastępstwa procesowego w postępowaniu przed sądem apelacyjnym (120 zł), w stawkach przewidzianych w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz. U. z 2013 r., poz. 490).