

Sygn. akt III AUa 385/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 marca 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Beata Górską
Sędziowie:	SSA Jolanta Hawryszko (spr.) SSA Urszula Iwanowska
Protokolant:	St. sekr. sąd. Edyta Rakowska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 14 marca 2019 r. w S.

sprawy T. D.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K.

o ubezpieczenie społeczne

na skutek apelacji organu rentowego

od wyroku Sądu Okręgowego w Koszalinie

z dnia 30 maja 2018 r., sygn. akt IV U 347/18

zmienia zaskarżony wyrok i oddala odwołanie.

SSA Urszula Iwanowska SSA Beata Górską SSA Jolanta Hawryszko

Sygn. akt: III AUa 385/18

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. decyzją z 28.2.2018 r., w zakresie istotnym dla rozpoznania odwołania ustalił, że T. D. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu za okres m.in. od 1.05.2015 r. do 19.9.2017 r. i od 1.10.2017 r..

W odwołaniu od decyzji ubezpieczony podniósł, że 20.9.2017 r. wystąpił z wnioskiem o świadczenie rehabilitacyjne na dalszy okres i sądził, że zostanie mu ono przyznane, wobec czego w deklaracji ZUS RCA za wrzesień 2017 r. nie uwzględnił dobrowolnej składki na ubezpieczenie chorobowe i składki z tego tytułu nie opłacił; jednak gdy organ rentowy w listopadzie 2017 r. odmówił świadczenia rehabilitacyjnego, księgową ubezpieczonego dokonała korekty ww. deklaracji. Uiszczył też składkę na ubezpieczenie chorobowe za wrzesień 2017 r. Zwrócił się również do ZUS o przywrócenie terminu do opłacenia tej składki, lecz organ negatywnie rozpoznał jego wniosek. W 2017 r. nie

nastąpiło świadome wyrejestrowanie ubezpieczonego z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, lecz ze względu na przyjętą przez ZUS praktykę, doszło jedynie do opłacenia spornej składki po terminie. Składając 20.09.2017 r. kolejny wniosek o świadczenie rehabilitacyjne sądził, że zostanie rozstrzygnięty pozytywnie, więc nie opłacił składki na ubezpieczenie chorobowe. Tak argumentując, wniósł o zmianę zaskarżonej decyzji w części przez ustalenie, że podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu również w okresie od 20.09.2017 r. do 30.09.2017 r.

W odpowiedzi na odwołanie, organ rentowy wniósł o jego oddalenie. Podniósł, że jeżeli ubezpieczony chciał być objęty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym za sporny okres, to powinien był złożyć wniosek i opłacić w terminie składkę. Obowiązkwowi temu jednak uchybił, chociaż w okolicznościach przebiegu jego ubezpieczenia społecznego nie sposób uznać, aby był nieświadomy swoich praw i obowiązków.

Sąd Okręgowy w Koszalinie wyrokiem z 30 maja 2018 r. zmienił zaskarżoną decyzję organu rentowego i ustalił, że T. D., jako prowadzący pozarolniczą działalność gospodarczą, podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 20.09.2017 r. do 30.09.2017 r.

Rozstrzygnięcie Sądu zostało oparte na ustaleniach: T. D. od 1.10.2003 r. prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą w zakresie usług finansowych pod nazwą (...) T. D. w S.. Działalność polega na przyjmowaniu wpłat od klientów i z tego tytułu uzyskuje prowizję. Działalność przynosi nieregularne dochody. W jednym miesiącu wykazuje stratę, a w innym może być dochód 2.000 zł, 4.000 zł. Przychód miesięczny oscyluje w granicach 10.000 zł. Zatrudnia 2 pracowników, z tym, że jednego na pełny etat, drugiego na 1/4 etatu. Dochód ubezpieczonego wynosi 1.500 - 2.000 zł miesięcznie. T. D. nie uczestniczy w pracach w ramach tej działalności, usługi wykonują jego pracownicy. Ubezpieczony płaci składki od 2003 r. Rozliczenia z ZUS wykonuje profesjonalne biuro rachunkowe. Sprawą wyrejestrowania z ubezpieczeń społecznych w kwietniu 2015 r. zajmowała się księgowa. ZUS nie zakwestionował w maju 2015 r. podwyższonej składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. W związku z prowadzoną działalnością gospodarczą, ubezpieczony został objęty obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym oraz dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Od 4.02 do 19.03.2015 r. korzystał z zasiłku chorobowego z zadeklarowaną podstawą wymiaru zasiłku chorobowego na kwotę 1.922,37 zł. W następujących okresach 1.06-31.10.2015 r., 9.11.2015-10.01.2016 r., 22-31.01.2016 r., 21.03-18.09.2016 r., 23.09.2016-23.03.2017r. korzystał z zasiłku chorobowego z zadeklarowaną podstawą wymiaru zasiłku chorobowego w wysokości 8.540,55 zł. Zwolnienia były z powodu różnych schorzeń. We wrześniu 2016 r. T. D. miał operację na oczu w P. z powodu astygmatyzmu.

Ubezpieczony 5.06.2017 r. złożył pierwszy raz wniosek o świadczenie rehabilitacyjne i organ rentowy decyzją z 28.06.2017 r. przyznał prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres od 24.03 - 21.6. 2017 r. w wysokości 90% podstawy wymiaru, która zadeklarował w kwocie 8.540,55 zł. W dacie 23.06.2017 r. złożył wniosek o ponowne przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego i organ decyzją z 18.07.2017 r. przyznał mu świadczenie rehabilitacyjne od 22.6 do 19.09. 2017 r. w wysokości 75 % podstawy wymiaru, tj. od zadeklarowanej kwoty 8.540,55 zł. Za okres od czerwca do września 2017 r. sporządzono miesięczne deklaracje rozliczeniowe ze wskazaną zerową kwotą składek na ubezpieczenie chorobowe. W dniu 20.09.2017 r. ubezpieczony złożył kolejny wniosek o ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Decyzją z 20.11.2017 r. ZUS odmówił tego prawa. Ubezpieczony nie opłacił w terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za wrzesień 2017 r., zaś 30.10.2017 r. sporządzono deklarację rozliczeniową za wrzesień 2017 r. ze składką na ubezpieczenie chorobowe w wysokości 297,96 zł.

Sąd Okręgowy ustalił, że ubezpieczony korzystał z zasiłku chorobowego w okresach: 27-31.10.2017 r., 1-21.11.2017 r., 20-31.12.2017 r., 1-3.01.2018 r., 28.02-3.05.2018 r. ze wskazaną podstawą wymiaru zasiłku w kwocie 2.207,13 zł. T. D. nie zapłacił w terminie składki za wrzesień 2017 r., sądząc że zostanie przyznane świadczenie rehabilitacyjne na dalszy okres, od 20.09.2017 r., w związku z kontynuacją leczenia po zabiegu operacyjnym oczu. Gdy wcześniej starał się o pierwszy zasiłek rehabilitacyjny również nie uiścił składki za 2 miesiące. Sądził, że w przypadku kolejnego wniosku o świadczenie rehabilitacyjne będzie analogicznie. W dniu 1.12.2017r. ubezpieczony złożył wniosek o przywrócenie terminu do opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za wrzesień 2017 r. ZUS pismem z 18.12.2017 r. odmówił wyrażenia zgody na opłacenie przez ubezpieczonego składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Sąd Okręgowy ustalił, że ubezpieczony, gdy tylko dowiedział się, że nie otrzymał świadczenia rehabilitacyjnego na dalszy

okres i nie podlega ubezpieczeniu chorobowemu od 20.09.2017 r., uzupełnił należną składkę. Ubezpieczony wcześniej regulował w terminie wszystkie składki na ubezpieczenie za siebie i pracowników i nie miał z tego tytułu zaległości. Na dzień 18.5.2018 r. nie posiada zaległości składkowych wobec ZUS.

Sąd Okręgowy uwzględnił odwołanie, wskazując za podstawę materialnoprawną rozstrzygnięcia art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. Wyjaśnił, że tylko w uzasadnionych przypadkach, można przywrócić termin na opłacenie składki na ubezpieczenie chorobowe, zwłaszcza że w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą jest to ubezpieczenie dobrowolne. W ocenie Sądu Okręgowego, w sprawie zachodził uzasadniony przypadek do przywrócenia ubezpieczonemu terminu do opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Opóźnienie w zapłacie składki nie było zawinione, ani też nie wynikało z niestaranności ubezpieczonego. Było usprawiedliwione osobistymi okolicznościami. Ubezpieczony ze względu na długotrwałą niezdolność do pracy mógł pozostawać w przeświadczeniu, że pobierane przez jego osobę świadczenie rehabilitacyjne zostanie mu przedłużone, bowiem organ rentowy w 2017 r. dwukrotnie przyznał prawo do tego świadczenia, na następujące po sobie okresy. Nadto ubezpieczony niezwłocznie po uzyskaniu decyzji odmawiającej świadczenia rehabilitacyjnego, dokonał należnej na rzecz ZUS wpłaty za miesiąc wrzesień 2017 r. Zdaniem Sądu nie miał decydującego znaczenia fakt, że ubezpieczony wcześniej długotrwale korzystał z zasiłków chorobowych z zadeklarowaną najwyższą podstawą wymiaru zasiłku chorobowego, skoro organ rentowy nigdy wcześniej nie kwestionował tej podstawy.

W ocenie Sądu Okręgowego sekwencja zdarzeń ujawniła faktyczną wolę ubezpieczonego zachowania nieprzerwanego okresu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 20 września 2017 r. do 30 września 2017 r. Fakty ujawnione w toku postępowania sądowego pozwalały stwierdzić, że nieopłacenie w terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc wrzesień 2017r. nastąpiło w okolicznościach dostatecznie usprawiedliwionych.

Apelację od wyroku złożył organ rentowy, zarzucając:

1. naruszenie prawa procesowego, które mogło mieć wpływ na wynik sprawy, tj. art. art.233 § 1 k.p.c. przez dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego i nieuzasadnione przyjęcie, że w zaistniałej sytuacji nastąpiły uzasadnione okoliczności do wyrażenia zgody na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za wrzesień 2017 r., co w konsekwencji nie powodowało ustania ubezpieczenia chorobowego w okresie od 20.09 do 30.09.2017 r.,
2. naruszenie prawa materialnego, art.14 ust.2 pkt 2 ustawy systemowej przez przyjęcie, że dobrowolne ubezpieczenie chorobowe nie ustało z mocy prawa po nieopłaceniu w terminie przewidzianym przez ustawę należnej składki.

W uzasadnieniu organ podniósł, że nie można zgodzić się ze stanowiskiem Sądu Okręgowego, że ubezpieczony dostatecznie usprawiedliwił nieopłacenie w terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za wrzesień 2017 r. Przeprowadzone postępowanie dowodowe nie potwierdziło bowiem, że ubezpieczony znalazł się w sytuacji kwalifikowanej jako uzasadniony przypadek, o którym mowa w art.14 ust.2 pkt 2 ustawy systemowej. Analiza przebiegu ubezpieczenia chorobowego ubezpieczonego potwierdza zresztą, że przed skorzystaniem z kolejnych długotrwałych zasiłków z ubezpieczenia chorobowego, ubezpieczony w kwietniu 2015 r. dokonał świadomego przerwania biegu ubezpieczenia chorobowego na 30 dni, gdyż wyrejestrował się na okres od 1 do 30.04.2015 r., a następnie zgłosił się do ubezpieczenia chorobowego od 01.05.2015 r., z tym, że tym razem zgłosił maksymalną podstawy wymiaru składki 9.897,50 zł. Ubezpieczony w kolejnym okresie korzystał ze świadczeń z ubezpieczenia chorobowego: zasiłków chorobowych i świadczenia rehabilitacyjnego. Taka postawa ubezpieczonego, zdaniem organu rentowego nie powinna pozostać bez wpływu przy dokonywaniu ostatecznej oceny, czy zachodzą podstawy do wyrażenia zgody na opłacenie składki za wrzesień 2017 r. po terminie. Wskazując na powyższe, skarżący wniósł o zmianę wyroku i oddalenie odwołania oraz zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego za II instancję.

Sąd Apelacyjny rozważył sprawę i uznał, że apelacja jest zasadna.

Sąd Apelacyjny podzielił ustalenia dokonane przez Sąd Okręgowy, przyjmując je za własne, zważywszy że fakty nie budzą wątpliwości stron. Bezsprzecznie, bowiem ubezpieczony nie uiszczył w terminie składki za wrzesień 2017 r. Nie było też między stronami sporu, co do pozostałych okoliczności związanych z tym zaniechaniem. W ocenie Sądu Apelacyjnego doszło jednak do naruszenia prawa materialnego - art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, przez niewłaściwą subsumpcję tego przepisu. Sąd Okręgowy błędnie, bowiem zinterpretował okoliczności sprawy w kontekście przesłanek zawartych we wskazanym przepisie, mianowicie wadliwie przyjął, że zachodzi uzasadniony przypadek, uprawniający przywrócenie ubezpieczonemu terminu do opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za wrzesień 2017 r.

W przekonaniu Sądu Apelacyjnego nie ma najmniejszych wątpliwości, że należności publicznoprawne należy opłacać w terminie. Lektura art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej prowadzi zaś do konkluzji, że wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie społeczne po terminie może być uwzględniony przez organ rentowy nie tylko w wyjątkowych i szczególnych okolicznościach, lecz w każdym przypadku, gdy nieopłacenie składki w terminie jest obiektywnie usprawiedliwione. Ustawodawca nie zdecydował się na zamknięty katalog okoliczności uzasadniających wyrażenie zgody, co jest oczywiste, jednak wrażenie zgody na opłacenie składki po terminie nie oznacza tu pełnej dowolności. Ogólnie, jako przyczyny uzasadniające wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie wskazuje się w judykaturze chorobę, wypadek losowy, brak środków pieniężnych wywołany czynnikami niezależnymi od ubezpieczonego, siłę wyższą, czy też inne okoliczności, które obiektywnie wyjaśniają, że zapłata składek w terminie była niemożliwa albo niezapłacenie ich w terminie było niezależne od woli ubezpieczonego, a samo niezapłacenie składek w terminie nie było spowodowane tylko zaniedbaniem (brakiem staranności) ubezpieczonego. Ocena zachowania osoby prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą, w kontekście przyczyn opóźnienia w zapłacie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, powinna być jednak dokonana z uwzględnieniem zawodowego i profesjonalnego miernika staranności. Błahy powód, zatem nie usprawiedliwia, nawet krótkiego (jednodniowego) opóźnienia. W przypadku zaskarżenia negatywnej decyzji organu rentowego badaniu podlegają wszystkie okoliczności, także dotyczące przebiegu ubezpieczenia (wyroki SN z 13.04.2017 r., I UK 144/16 oraz z 19.01.2016 r., I UK 35/15).

Mając na uwadze powyższe, należy podnieść, że ubezpieczony od 1.10.2003r. nieprzerwanie prowadzi jednoosobowo pozarolniczą działalność gospodarczą. W dacie uchybienia terminowi na uiszczenie składki za wrzesień 2017 r. posiadał więc blisko 14-letnie doświadczenie zawodowe jako przedsiębiorca i znał rangę zobowiązania w zakresie uiszczania danin publicznoprawnych, w tym składek na ubezpieczenia społeczne. Nadto, przez ostatnie lata ubezpieczony systematycznie poszerzał wiedzę w tym zakresie, gdyż w okresie od 4.02.2015 r. do 19.09.2017 r. wielokrotnie korzystał z zasiłków chorobowych, a także ze świadczeń rehabilitacyjnych. Należy podnieść, że immanentną cechą prowadzenia działalności gospodarczej jest jej zawodowy charakter, co pozwala odróżnić czynności przedsiębiorcy od czynności osoby fizycznej. Zatem przy ocenie działań ubezpieczonego jako przedsiębiorcy poziom kontroli winien być podniesiony do poziomu należytej i wymaganej staranności, jaki towarzyszy profesjonalistom. Sąd Apelacyjny nie ma też wątpliwości, że to właśnie w interesie prawnym ubezpieczonego było terminowe opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, czego był w pełni świadomy, a to tym bardziej, że jego sytuacja w przedmiocie przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na dalszy okres, była niejasna prawnie.

Sąd Apelacyjny za manipulację natomiast uznał okoliczności powoływane przez pełnomocnika ubezpieczonego, wskazujące na nieporadność ubezpieczonego, wprowadzenie go w błąd, dyskryminację, rzekomą procesową nielojalność organu rentowego, czy inne okoliczności mające zwalniać ubezpieczonego z osobistego zaangażowania w prowadzenie własnych spraw, w tym w zakresie terminowego opłacenia składki na ubezpieczenie chorobowe. Niewiarygodna jest przy tym sugerowana przez pełnomocnika ubezpieczonego wersja o nieporadności ubezpieczonego, którą miałby wykorzystać organ rentowy, aby pozbawić ubezpieczonego świadczenia rehabilitacyjnego. Trzeba podkreślić, że organ rentowy, bez względu na przyjętą praktykę, nie zwalnia płatnika składek z ustawowo określonego, terminowego regulowania należności, w tym terminowego uiszczania składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Dlatego dla Sądu niezrozumiałe jest tłumaczenie ubezpieczonego, że zgodnie z jego wolą w roku 2017 nie nastąpiło świadome wyrejestrowanie z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, lecz ze względu na

przyjętą przez ZUS praktykę, doszło jedynie do opłacenia spornej składki po terminie. Zdaniem Sądu, ubezpieczony tym samym próbuje przerzucić negatywne skutki swojego zaniechania na organ. Tłumaczenie ubezpieczonego można odczytać w ten sposób, że skoro organ dwukrotnie przyzwolił na opłatę składek po terminie, to tego rodzaju stan należy wykorzystać i nie ma potrzeby przepisowego regulowania zobowiązań; krótko mówiąc, ponieważ organ nie kwestionuje nieterminowej opłaty, to nie należy jej wnosić. Takiej argumentacji Sąd nie aprobuje. Bynajmniej, nie można z zachowania organu wywodzi prawa do zwolnienia z przepisowego obowiązku zapłaty składki w terminie. Przedstawiona przez ubezpieczonego argumentacja prowadzi do wniosku, że ubezpieczony wyszedł z założenia, że zaniechanie organu w zakresie pilnowania terminowego rozliczania składek, pozwala ubezpieczonemu na kalkulację i podjęcie tylko tych czynności, które są dla niego wymiennie korzystne.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, nie zwalniało ubezpieczonego z jego osobistej odpowiedzialności, jako płatnika składek, również rzekomo błędne pouczenie przez pracowników ZUS, abstrahując od kwestii, że przedmiotowa okoliczność nie została wykazana. Należy podkreślić, że z gruntu wadliwa jest zatem teza, że organ rentowy miał obowiązek poinformowania ubezpieczonego o obowiązku terminowego opłaceniu składek, względnie, że toczące się postępowanie o świadczenie rehabilitacyjne zwalniało płatnika z uiszczenia dobrowolnej składki, bo taka była praktyka organu. Również powoływana w toku postępowania okoliczność, że zdaniem lekarza prowadzącego, ubezpieczony w spornym okresie wymagał kontynuowania leczenia, nie mogła być utożsamiana z konieczną, w przypadku świadczenia rehabilitacyjnego, oceną kliniczną oraz prawną w zakresie pozytywnego rokowania odzyskania zdolności do pracy w związku z leczeniem, czy rehabilitacją (art. 18 ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. 2017r., poz. 1368)). Z nadesłanej z ZUS dokumentacji medycznej nie wynika zresztą, aby ubezpieczony, posiadając wykształcenie wyższe, miał zdiagnozowane klinicznie jakiegokolwiek zaburzenia psychiatryczne, psychoorganiczne lub somatyczne, czy deficyty intelektualne, rzutujące na logiczność toku myślowego, a w konsekwencji, aby mógł być osobą nieporadną, jak sugeruje to pełnomocnik ubezpieczonego. W przekonaniu Sądu Apelacyjnego, ubezpieczony wykazując zatem minimum staranności w dbałości o własne, życiowo ważne sprawy, od których uzależnione było kontynuowanie ubezpieczenia chorobowego i świadczenia, jak też skrupulatnie realizując swoje publicznoprawne obowiązki jako przedsiębiorca, mógł z łatwością i powinien był uiścić należną składkę w terminie.

Sąd Apelacyjny odnosząc się do przebiegu ubezpieczenia wskazuje, że osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą może ustalić wyższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe, co w związku z art. 20 ust. 1 ustawy systemowej powoduje też wyższą podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe. Z punktu widzenia tego uprawnienia przedsiębiorcy, intencje bezpośrednio stojące za takim działaniem, niewątpliwie pozostają prawnie obojętne. Nie zmienia to jednak oceny, że w polskim powszechnym systemie ubezpieczeń społecznych obowiązuje zasada solidaryzmu społecznego. W niniejszej sprawie, dla pełnej oceny przesłanek przywrócenia terminu do uiszczenia składek, jest więc konieczne uwzględnienie wszystkich okoliczności rozpoznawanego przypadku, w tym również przebieg ubezpieczenia chorobowego. Dla oceny, czy zachowanie ubezpieczonego uzasadniało przyjęcie, że istniały podstawy do przywrócenia terminu na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenia, zatem nie jest obojętne, to że ubezpieczony najpierw wyrejestrował się z ubezpieczenia chorobowego, aby następnie ponownie zgłosić się do tego ubezpieczenia, zarazem maksymalnie podwyższając dotychczasową wysokość podstawy wymiaru składek. T. D. zgłosił bowiem najwyższą podstawę na ubezpieczenie chorobowe, po czym bezpośrednio aż do 19.09.2017 r., z krótkimi przerwami, korzystał ze świadczeń finansowanych z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Na marginesie, należy zważyć, że ubezpieczony na rozprawie apelacyjnej początkowo nie potrafił nawet wyjaśnić, na co właściwie chorował przez pierwsze 8 miesięcy w 2015 r.; dopiero po kolejnym powtórzonym pytaniu ostatecznie zdecydował, że chorował z powodu bólów kręgosłupa wywołanych masą ciała. Sąd Apelacyjny odnotował, że ubezpieczony, jako przedsiębiorca, od kilku lat bardzo umiejętnie wykorzystywał system ubezpieczeń społecznych, pobierając ze środków publicznych, w okresie do 19.09.2017 r. świadczenia, tytułem zasiłków chorobowych i świadczeń rehabilitacyjnych w łącznej kwocie 178.676,78 zł brutto. Nie wyraził jednak chęci partycypowania w kosztach tego systemu i de facto rozmyślnie odmówił wpłacenia składki na ubezpieczenie chorobowe w kwocie niespełna 300 zł, licząc na przedłużenie prawa do świadczenia. Powyższe okoliczności przeczą sugestii o nieporadności ubezpieczonego, a wręcz przeciwnie, świadczą o bardzo

dobrej świadomości, zachowaniu kalkulowanym i wyrachowanym, obliczonym jedynie na maksymalizację własnych korzyści, osiągniętych z pokrzywdzeniem innych uczestników systemu ubezpieczeń społecznych. Ubezpieczony z rozmysłem zdecydował, że w okresach rozpatrywania jego wniosków o przyznanie świadczeń, nie będzie partycypować w kosztach systemu ubezpieczenia chorobowego, jakkolwiek po przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego na dalszy okres, tak powstałą nadpłatę składki mógł zarachować na poczet późniejszych składek. Ubezpieczony zamiast dopełnić powinności terminowego uiszczenia składek, skupił się przede wszystkim na realizacji swojego prawa do świadczeń, bagatelizując fakt, że świadczenia są okresowe i z upływem terminu, na który zostały przyznane, miał obowiązek wrócić, jako przedsiębiorca do czynnego uczestnictwa w systemie ubezpieczeń społecznych oraz opłacić składki.

W ocenie Sądu Apelacyjnego we wskazanych okolicznościach absolutnie nie można mówić o usprawiedliwionym niedopatrzeniu ubezpieczonego w zakresie opłacenia składki. Zaniechanie opłacenia składki było zachowaniem świadomym, wyrachowanym i obliczonym jedynie na uzyskanie korzyści. Tego rodzaju postępowanie ubezpieczonego jest sprzeczne z zasadą solidaryzmu społecznego, i jako takie nie może zasługiwać na akceptację, wyrażającą się przywróceniem terminu do zapłacenia składki. Przywrócenie terminu w takich okolicznościach realizacji zobowiązania publicznoprawnego, jakie zaprezentował ubezpieczony, w istocie stanowi przyzwolenie i akceptację dla zachowania skrajnie aspołecznego. Zgodnie obywatelską zasadą solidaryzmu społecznego, każdy partycypuje w kosztach systemu ubezpieczenia chorobowego i jest to obowiązek konstytucyjny wynikający z art. 82 i 84 KRP. Stabilność systemu ubezpieczeń chorobowych wymaga, opłacania składek na to ubezpieczenie przez wszystkich zobowiązanych do tego przepisami prawa. Należy bowiem mieć na względzie, że korzystanie z systemu zabezpieczeń społecznych wiąże się nie tylko z prawami, ale też obowiązkami.

Powołana przez pełnomocnika ubezpieczonego zasada równości wobec prawa, a pośrednio zasada równego traktowania ubezpieczonych (art. 2a ustawy systemowej), nie oznacza że przedsiębiorca, po zgłoszeniu się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, otrzymuje przyzwolenie, na to by nie regulować terminowo składek na to ubezpieczenie. Zasada równego traktowania ubezpieczonych dotyczy „w szczególności” warunków objęcia systemem ubezpieczeń społecznych, obowiązku opłacania i obliczania wysokości składek, obliczania wysokości świadczeń, okresu wypłaty świadczeń i zachowania do nich prawa. Nakaz równego traktowania ubezpieczonych przejawia się właśnie w egzekwowaniu prawidłowej realizacji obowiązku terminowego regulowania należności i dotyczy wszystkich, także ubezpieczonego. Żądanie, aby w sposób uprzywilejowany potraktować niektórych ubezpieczonych, a mianowicie przedsiębiorców, nie może stanowić wyrazu respektowania zasady równości i solidaryzmu społecznego. Świadome działanie, polegające na dążeniu do zagwarantowania sobie maksymalnej ochrony z tytułu ubezpieczenia chorobowego, bez opłacenia należnej składki, i tym samym bez rzetelnego partycypowania w kosztach systemu ubezpieczenia chorobowego - jak ma to miejsce w przypadku T. D., nie może być uznane za zgodne z zasadą solidaryzmu społecznego, a tym bardziej nie stanowi realizacji zasady równości wobec prawa. Z drugiej strony nieposzanowanie tego rodzaju postępowania, nie może być odczytane jako dyskryminujące ubezpieczonego, na co powoływał się ubezpieczony. Należy stanowczo podkreślić *volenti non fit iniuria*. W przekonaniu Sądu Apelacyjnego, motywacja którą kierował się pozwany, nie opłacając w terminie składki, nie pozwalała na przyjęcie, że wystąpił przypadek usprawiedliwionej, niezależnej od ubezpieczonego okoliczności prowadzącej do konieczności wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie.

Mając na uwadze przedstawioną odmienną ocenę prawną, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 1 k.p.c., orzekając co do istoty sprawy, zmienił zaskarżony wyrok merytorycznie i oddalił odwołanie.

SSA Urszula Iwanowska SSA Beata Górska SSA Jolanta Hawryszko