

Sygn. akt III AUa 58/21

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 13 października 2021 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący:	Sędzia Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk (spr.)
Sędziowie:	Jolanta Hawryszko Urszula Iwanowska

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w dniu 13 października 2021 r. w S.

sprawy K. R.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K.

o ubezpieczenie społeczne

na skutek apelacji ubezpieczonej

od wyroku Sądu Okręgowego w Koszalinie

z dnia 9 listopada 2020 r., sygn. akt IV U 257/20

oddala apelację.

Urszula Iwanowska	Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk	Jolanta Hawryszko
-------------------	----------------------------------	-------------------

III A Ua 58/21

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. decyzją z dnia 29 stycznia 2020 r., nr (...), stwierdził, że K. R. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu w następujących okresach: od 3 sierpnia 2010 r. do 31 sierpnia 2019 r. i od 1 listopada 2019 r. do nadal wskazując, że ubezpieczona nie opłaciła w terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za okresy rozliczeniowe od 09/2019 do 10/2019, a w dniu 3 grudnia 2019 r. zwróciła się z wnioskiem do Zakładu o wyrażenie zgody na opłacenie po terminie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za podane okresy. Organ rentowy miał na uwadze, że ubezpieczona wyjaśniła, iż przyczyną tego uchybienia była konieczność złożenia korekt deklaracji rozliczeniowych, w wyniku których powstała niedopłata. Dokumenty rozliczeniowe za 09/2019 i 10/2019 zostały skorygowane w dniu 2 grudnia 2019 r., a niedopłata uregulowana. Organ wnioszek ten rozpatrzył negatywnie stwierdzając, że

nieprawidłowości w dokumentach rozliczeniowych związane są z nieprawidłowo podaną podstawą wymiaru składek za 09/2019 i 10/2019. Ubezpieczona złożyła do wypłaty zasiłku chorobowego zwolnienie lekarskie za okres od 2 września do 30 listopada 2019 r., zakładając „z góry”, że otrzyma prawo do zasiłku chorobowego za ten okres rozliczeniowy i w dokumencie rozliczeniowym za wrzesień 2019 r. wskazała podstawę wymiaru składki w kwocie 233,33 zł tj. za 1 dzień, natomiast za października 2019 r. - w kwocie „0”. Dalej organ podniósł, że dopiero po otrzymaniu decyzji ZUS z dnia 19 listopada 2019 r. odmawiającej prawa do wypłaty zasiłku chorobowego za okres od 2 września do 15 listopada 2019 r. z powodu przekroczenia 181 dniowego okresu zasiłkowego, ubezpieczona złożyła korekty dokumentów, a następnie wystąpiła z wnioskiem o przywrócenie terminu do opłacenia składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za ten okres. W ocenie Zakładu, nie zachodziły podstawy do wyrażenia zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie, ponieważ ubezpieczona jako osoba prowadząca wieloletnią działalność gospodarczą, zna zasady ustalenia podstawy wymiaru składek oraz warunki umożliwiające podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Organ miał na uwadze, że ubezpieczona dotychczas bardzo często korzystała z wypłaty świadczeń z ubezpieczenia chorobowego i trzykrotnie składała wnioski o przywrócenie terminu do opłacenia składek, a Zakład wówczas rozpatrywał je pozytywnie. We wnioskach tych także jako przyczynę opłacenia składki po terminie wskazywała konieczność złożenia dokumentów korygujących z powodu odmów wypłaty zasiłku chorobowego. Zakład analizując aktualny wniosek o przywrócenie terminu do opłacenia składki ustalił, że w ciągu 10 lat, tj. 3.438 dni prowadzenia działalności gospodarczej, ubezpieczona była niezdolna do pracy i korzystała z wypłaty świadczeń przez 2.535 dni. Kwota wypłaconych zasiłków chorobowych wynosi 312.988,32 zł, a wkład ubezpieczonej w postaci uiszczonych składek do systemu ubezpieczeń społecznych stanowi kwotę 58.641,11 zł. W ocenie Zakładu, za negatywnym rozpatrzeniem wniosku o przywrócenie terminu do opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe przemawiał fakt, że zgodę na jej opłacenie po terminie wyrażano już 3 krotnie. Zakładając wypłatę świadczenia chorobowego wnioskodawczyni złożyła po raz kolejny błędne dokumenty rozliczeniowe i dokonała opłaty składek w niewłaściwej, zaniżonej wysokości, tym samym narażając się na ryzyko przerwania ciągłości dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, w sytuacji odmowy przyznania prawa do zasiłku chorobowego. Okoliczności te według Zakładu świadczą o tym, że podane we wniosku przyczyny, które uniemożliwiły dotrzymania terminu płatności, były przemyślanym i celowym działaniem, a proporcjonalne przeliczenie składki i pomniejszenie podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, przed wypłatą zasiłku chorobowego, było świadomym ryzykiem wnioskodawczyni. Doprowadziło to w konsekwencji do przerwania ciągłości dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

W odwołaniu od powyższej decyzji K. R. wniosła o jej zmianę poprzez przyjęcie, że podlegała nieprzerwanie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, także w okresie od 1 września do 31 października 2019 r. podnosząc, że wbrew twierdzeniom Zakładu, składka na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za wrzesień 2019 r. została opłacona prawidłowo skoro od 3 września 2019 r. była niezdolna do pracy. Nawet zaś gdyby przyjąć, że składka została opłacona nieprawidłowo, to niezwłocznie po otrzymaniu informacji z ZUS odwołująca dokonała korekty deklaracji rozliczeniowej i uzupełniła wysokość składki. Ubezpieczona podkreśliła, że nigdy nie wyraziła woli zaprzestania podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, a niezwłocznie po tym jak ZUS uznał, że nie opłaciła składki w pełnej wysokości, złożyła korektę deklaracji wraz z wnioskiem o przywrócenie terminu do opłacenia składki. Wola kontynuacji ubezpieczenia została zatem wyrażona we właściwej formie i odpowiednim terminie.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie oraz o zasądzenie zwrotu kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych prawem podtrzymując stanowisko zaprezentowane w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji.

Wyrokiem z dnia 9 listopada 2020 r. Sąd Okręgowy w Koszalinie IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie (punkt 1) oraz zasądził od ubezpieczonej K. R. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. kwotę 180 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego (punkt 2).

Powyższe orzeczenie Sąd Okręgowy oparł o następujące ustalenia faktyczne i rozważania prawne:

K. R. od 3 sierpnia 2010 r. prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą pod nazwą (...) z siedzibą w C.. Z tego tytułu od 3 sierpnia 2010 r. zgłosiła się w ZUS do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych oraz do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

W okresie prowadzenia działalności gospodarczej w latach 2010-2019 K. R. była wielokrotnie niezdolna do pracy i korzystała ze świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. Wypłacano jej zasiłki chorobowe za następującą ilość dni: 236 dni w 2011 r., 305 dni w 2012 r., 219 dni w 2013 r., 333 dni w 2014 r., 290 dni w 2015 r., 354 dni w 2016 r., 204 dni w 2017 r., 358 dni w 2018 r. i 236 dni w 2019 r.

W toku podlegania ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej uiściła składki na ubezpieczenia społeczne w kwocie 58.641,11 zł, jednocześnie otrzymując świadczenia z ubezpieczenia chorobowego w łącznej kwocie 312.988,32 zł.

W przebiegu ubezpieczenia chorobowego, K. R. kilkakrotnie zwracała się do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o wyrażenie zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po ustawowym terminie do jej opłacenia.

W dniu 6 września 2012 r. złożyła wniosek o przywrócenie terminu na opłacenie składki na ubezpieczenie chorobowe za m-ce 05/2012 i 06/2012, motywując to tym, iż ZUS decyzją z dnia 9 lipca 2012 r. odmówił jej przyznania prawa do zasiłku chorobowego za okres przypadający po dniu 11 maja 2012 r., stąd złożyła korekty deklaracji rozliczeniowych za wskazane okresy rozliczeniowe i opłaciła należne z tego tytułu składki. ZUS pismem z dnia 18 września 2012 r. wyraził zgodę na opłacenie przez K. R. składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za 05/2012 i 06/2012 po terminie.

W dniu 17 kwietnia 2015 r. ubezpieczona zwróciła się do ZUS o wyrażenie zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie za miesiąc 12/2014. Wniosek motywowała tym, że w okresie od 1 do 15 grudnia 2014 r. przebywała na zwolnieniu lekarskim, w związku z tym dokonała korekty deklaracji rozliczeniowej za miesiąc 12/2014, pomniejszając podstawę wymiaru składki. Po uzyskaniu informacji z ZUS, że korekta jest nieskuteczna, dokonała ponownej korekty deklaracji, naliczając składki od pełnej zadeklarowanej podstawy wymiaru składek i opłaciła je w prawidłowej wysokości. Pismem z dnia 21 kwietnia 2015 r. ZUS wyraził zgodę na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za okres rozliczeniowy 12/2014.

W dniu 16 czerwca 2017 r. K. R. wystąpiła do Zakładu z wnioskiem o wyrażenie zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie za miesiąc 04/2017. Wniosek motywowała koniecznością skorygowania deklaracji rozliczeniowej za ten okres, w związku z czym powstała niedopłata w składkach na ubezpieczenia. Dołączyła decyzję ZUS z dnia 30 maja 2017 r., którą odmówiono jej prawa do wypłaty zasiłku chorobowego za okres od 3 kwietnia do 31 maja 2017 r. Pismem z dnia 22 czerwca 2017 r. ZUS wyraził zgodę na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za 04/2017.

K. R. przebywała na zwolnieniach lekarskich m.in. od 19 grudnia 2018 r. do 30 listopada 2019 r., a następnie od 5 grudnia 2019 r. Zasiłki chorobowe otrzymywała od 1 stycznia do 24 lutego 2019 r. i od 28 lutego do 27 sierpnia 2019 r. Z dniem 27 sierpnia 2019 r. wykorzystała okres zasiłkowy wynoszący 181 dni. Zgłosiła roszczenie o zasiłek chorobowy za okres od 2 września do 30 listopada 2019 r.

W dokumencie rozliczeniowym (...) za okres 09/2019 ubezpieczona wykazała podstawę wymiaru składki w kwocie 233,33 zł, tj. za 1 dzień (dokument rozliczeniowy wpłynął w dniu 1 października 2019 r.), natomiast za okres rozliczeniowy 10/2019 wykazywała podstawę wymiaru składek w kwocie „0” (wpływ (...) 5 listopada 2019 r.). Składka na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za 09/2019 została opłacona w dniu 15 października 2019 r., ale w nieprawidłowej – zaniżonej wysokości.

ZUS Oddział w K. decyzją z dnia 19 listopada 2019 r. odmówił K. R. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 2 września do 15 listopada 2019 r., wskazując, że z dniem 27 sierpnia 2019 r. wykorzystała ona okres zasiłkowy wynoszący 181 dni. Niezdolność do pracy z powodu choroby powstała w dniu 2 września 2019 r., tj. w okresie kiedy

ubezpieczona nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu, albowiem za miesiąc wrzesień 2019 r. nie została uiszczona w terminie składka na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w prawidłowej wysokości.

Po wydaniu przez Zakład decyzji o odmowie przyznania prawa do zasiłku chorobowego, ubezpieczona w dniu 2 grudnia 2019 r. złożyła korekty deklaracji rozliczeniowych za okresy rozliczeniowe 09/2019 i 10/2019 oraz dokonała opłacenia składek w należnej wysokości.

W dniu 3 grudnia 2019 r. ubezpieczona złożyła wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za okresy rozliczeniowe 09/2019 i 10/2019, po terminie do ich opłacenia. Pismem z dnia 23 grudnia 2019 r. ZUS nie wyraził zgody na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za okresy rozliczeniowe 09/2019 i 10/2019.

W dniu 15 stycznia 2020 r. K. R. złożyła wniosek o wydanie przez ZUS decyzji o okresach podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. W odpowiedzi Zakład wydał zaskarżoną w sprawie decyzję.

Po ustaleniu powyższego stanu faktycznego oraz na podstawie przepisów prawa niżej powołanych Sąd Okręgowy uznał, że odwołanie nie zasługiwało na uwzględnienie.

Sąd pierwszej instancji zaznaczył, że przedmiotem sporu pomiędzy stronami postępowania było ustalenie prawidłowych okresów podlegania przez K. R. dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, bowiem Zakład w zaskarżonej decyzji stwierdził, że wnioskodawczyni podlega temu ubezpieczeniu w okresie od 3 sierpnia 2010 r. do 31 sierpnia 2019 r. i od 1 listopada 2019 r. do nadal, wyłączając ją z tego ubezpieczenia w okresie od 1 września do 31 października 2019 r. Podstawą do takiego ustalenia była okoliczność, że ubezpieczona nie opłaciła w terminie należnej składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za okresy rozliczeniowe od 09/2019 do 10/2019.

Z kolei ubezpieczona zasadniczo nie kwestionowała okoliczności faktycznych wskazanych w zaskarżonej decyzji, zarzucała jedynie, że Zakład powinien wyrazić zgodę na opłacenie składek po terminie, skoro była niezdolna do pracy, a składkę za miesiąc wrzesień uiszczyła, choć w zaniżonej wysokości - w ten sposób wyraziła wolę kontynuowania ubezpieczenia. Natomiast organ rentowy podnosił, że przyczyną niedotrzymania terminu płatności składek w należnej wysokości (za wrzesień 2019 r. w zaniżonej wysokości, zaś za październik 2019 r. nieopłacenie składki w ogóle) było nieprawidłowe ustalenie podstaw ich wymiaru. Wiązało się to z proporcjonalnym ich pomniejszeniem, które nastąpiło przed wypłatą wnioskowanego zasiłku chorobowego.

Następnie sąd pierwszej instancji wskazał, że w niniejszej sprawie mają zastosowanie:

- art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (powoływana dalej jako: ustawa systemowa), który stanowi, że osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą, objęte obowiązkowo ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tego tytułu, podlegają na swój wniosek dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu;

- art. 14 ust. 1 tej ustawy wskazujący, że 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 art. 14 ust. 1a tej ustawy;

- art. 14 ust. 2 ustawy systemowej, który stanowi, że 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.

- art. 14 ust. 2 a ustawy stanowi, że w przypadku, o którym mowa w art. 14 ust. 2 pkt 2 tej ustawy, jeżeli za część miesiąca został pobrany zasiłek, ubezpieczenie chorobowe ustaje od dnia następującego po dniu, za który zasiłek ten przysługuje.

- art. 18 ust. 9 ustawy systemowej, zgodnie z którym za miesiąc, w którym nastąpiło odpowiednio objęcie ubezpieczeniami lub ich ustanie i jeżeli trwały one tylko przez część miesiąca, kwotę najniższej podstawy wymiaru składek, zmniejsza się proporcjonalnie, dzieląc ją przez liczbę dni kalendarzowych tego miesiąca i mnożąc przez liczbę dni podlegania ubezpieczeniu;

- art. 18 ust. 10 omawianej ustawy, w którym wskazano, że powyższe zasady zmniejszenia najniższej podstawy wymiaru składek stosuje się odpowiednio w przypadku niezdolności do pracy trwającej przez część miesiąca, jeżeli z tego tytułu ubezpieczony spełnia warunki do przyznania zasiłku.

Następnie Sąd Okręgowy wskazał, że z powyższych przepisów wynika, iż warunkiem podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jest opłacanie składek na to ubezpieczenie, w przewidzianym prawem terminie i co należy podkreślić w prawidłowej wysokości. Jednocześnie Sąd ten zdecydowanie opowiedział się za poglądem wyrażonym m.in. w wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 16 maja 2019 r., III AUa 104/17, iż podstawa faktyczna ustania ubezpieczenia wskazana w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej została tak skonstruowana przez ustawodawcę, że abstrahuje zupełnie od woli ubezpieczonego co do kontynuowania lub ustania ubezpieczenia. W orzeczeniu tym Sąd Apelacyjny w Krakowie analizował szczegółowo zagadnienie, czy przepis art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej warunkuje kontynuowanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od opłacenia pełnej składki, czy też wystarczyło uiścić jedynie część należnej składki, aby nadal korzystać z tego ubezpieczenia. Argumentował, że jak trafnie zauważył Sąd Najwyższy użyte w art. 14 ust. 2 pkt 2 określenie "składki należnej" nie jest przypadkowe, gdyż odnoszący się do składki przymiotnik oznacza, że chodzi o należną składkę, czyli pełną składkę, a więc nie wystarcza jej część. Należna składka to ta, która powinna być zapłacona. Jeżeli składka nie jest należna, a więc mniejsza niż należna, to dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje z mocy ustawy (tak wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 kwietnia 2012 r., II UK 188/11). Sąd podzielił również wyrażone w orzecznictwie stanowisko, iż w zawartym w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej sformułowaniu "nieopłacenie w terminie składki należnej" mieszczą się trzy sytuacje: nieopłacenie w terminie składki w ogóle za dany miesiąc, opłacenie składki w niepełnej wysokości (jak ma to miejsce w niniejszej sprawie) oraz opłacenie składki z przekroczeniem terminu. Należna składka to ta, która powinna być zapłacona. Nieopłacenie składki należnej w terminie powoduje zatem wyłączenie z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z mocy prawa, a więc niezależnie od woli ubezpieczonego (wyroki: Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 23 kwietnia 2013 r., III AUa 1067/12; Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 8 lutego 2018 r., III AUa 647/17; Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 1 grudnia 2016 r., III AUa 329/16 i Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 10 listopada 2015 r., III AUa 1854/14). Sąd meriti miał przy tym na uwadze, że ubezpieczona w odwołaniu nawiązywała do wykładni art. 14 ust. 2 ustawy systemowej zawartej w uzasadnieniu wyroku Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 2015 r., II UK 443/14, w którym zaprezentowano odmienny pogląd niż w powołanym wyżej wyroku tego Sądu z dnia 18 kwietnia 2012 r. W uzasadnieniu wyroku z dnia 8 grudnia 2015 r. Sąd Najwyższy postawił tezę, iż tylko zaniechanie zapłaty całej składki w terminie wyraża wolę zaprzestania podlegania 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. Sąd Okręgowy w Koszlinie podzielił jednak wykładnię zaprezentowaną w powołanych wyżej wyrokach Sądu Najwyższego z dnia 18 kwietnia 2012 r. oraz sądów apelacyjnych. Nie podzielił zatem stanowiska, iż opłacenie składki niższej niż należna, jako wyraz woli kontynuowania ubezpieczenia, nie powoduje ustania tego ubezpieczenia. Sąd ten bowiem zauważył, że przepis art. 14 ust. 2 ustawy systemowej zawiera trzy odrębne podstawy

ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, przy czym tylko przyczynę wskazaną w ust. 2 pkt 1 (złożenie wniosku) można wprost utożsamiać z wyrazem woli ubezpieczonego co do ustania tego ubezpieczenia. W tym wypadku rzeczywiście o ustaniu ubezpieczenia decyduje wyłącznie wola samego ubezpieczonego. Natomiast w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawodawca powołuje się jedynie na sam fakt nieopłacenia należnej składki w terminie, w żaden sposób nie odwołując się do przyczyny takiego stanu rzeczy oraz do intencji czy woli ubezpieczonego w zakresie kontynuowania, bądź nie, dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. W ocenie sądu pierwszej instancji podstawa faktyczna ustania ubezpieczenia wskazana w art. 14 ust. 2 pkt 2 została tak skonstruowana przez ustawodawcę, że abstrahuje zupełnie od woli ubezpieczonego co do kontynuowania lub ustania ubezpieczenia. Może bowiem zaistnieć sytuacja, w której ubezpieczony nadal chce podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, a z różnych przyczyn, nawet od niego niezależnych w ogóle nie opłaca w terminie należnej składki. Element woli ubezpieczonego w sytuacji braku opłacenia składki nie może więc decydować o ustaniu bądź nie ubezpieczenia. Podobnie przyczyna wskazana w art. 14 ust. 2 pkt 3 odwołująca się do ustania tytułu podlegania ubezpieczeniom również nie może być oceniana z punktu widzenia woli czy intencji ubezpieczonego, a jedynie samego obiektywnego faktu ustania tytułu podlegania ubezpieczeniom. Przyczyny, dla których ustaje tytuł ubezpieczenia (np. zaprzestanie prowadzenia działalności gospodarczej) mogą być różne, w tym uzależnione od woli ubezpieczonego (tak jest najczęściej) lub niezależne od jego woli. Stojąc na gruncie wykładni wskazanej w odwołaniu i przyjmując, że opłacenie zaniżonej składki jest wyrazem woli dalszego podlegania ubezpieczeniu, a to już wystarcza aby ubezpieczenie to nie ustało (mimo braku opłacenia składki w należytej wysokości), można sobie wyobrazić sytuację częstego czy ciągłego wręcz opłacania przez danego płatnika składek w zaniżonej wysokości, co nie prowadziłoby do ustania tego ubezpieczenia i w konsekwencji nie prowadziłoby do odmowy wypłaty świadczeń z tego ubezpieczenia. W ocenie Sądu wnioski takie nie tylko nie znajduje uzasadnienia w wykładni językowej art. 14 ust. 2 ustawy systemowej, ale i trudno uzasadnić go celem i funkcją przepisu art. 14 ust. 2 pkt 2, mającym również dyscyplinować płatników w zakresie terminowego (i w należytej wysokości) opłacania składek. Dyrektywy funkcjonalne wykładni odwołują się do założenia, że racjonalny ustawodawca stanowi normy, które mają realizować uznawane i preferowane przezeń cele i wartości. Jednym z oczywistych priorytetów w funkcjonowaniu systemu ubezpieczeń społecznych, znajdującym odzwierciedlenie w odpowiednich regulacjach ustawy systemowej, jest dbałość ustawodawcy o zapewnienie terminowego i w należytej wysokości opłacania składek przez płatników. Argumentacja, na której opiera się odwołująca nie docenia w sposób wystarczający wyników wykładni językowej przepisu art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, w tym użytego w nim określenia: „składki należnej”, które było przedmiotem wyżej wskazanej, trafnej analizy Sądu Najwyższego (wyrok z dnia 18 kwietnia 2012 r., II UK 188/11) oraz Sądów Apelacyjnych w powołanych wyżej orzeczeniach. Jednocześnie sąd meriti przypominał, że Sąd Najwyższy (uzasadnienie wyroku dnia 20 września 2017 r., I UK 341/16), wyjaśnił, iż w judykaturze i doktrynie prezentowane jest jednolite stanowisko odnośnie do reguł pierwszeństwa wykładni językowej. Jeżeli językowe znaczenie tekstu jest jasne, wówczas - zgodnie z zasadą clara non sunt interpretanda - nie ma potrzeby sięgania po inne, pozajęzykowe metody wykładni. W takim wypadku wykładnia pozajęzykowa może jedynie dodatkowo potwierdzać, a więc wzmacniać, wyniki wykładni językowej wykładnią systemową czy funkcjonalną. Nie oznacza to jednak, że granica wykładni, jaką stanowić może językowe znaczenie tekstu, jest granicą bezwzględną. Oznacza to jedynie, że do przekroczenia tej granicy niezbędne jest silne uzasadnienie aksjologiczne, odwołujące się przede wszystkim do wartości konstytucyjnych. Sąd Najwyższy w swoim orzecznictwie wielokrotnie wyjaśniał, że przepisy regulujące system zabezpieczenia społecznego ze względu na swoją istotę i konstrukcję podlegają wykładni ścisłej. Nie powinno się więc stosować do nich wykładni celowościowej, funkcjonalnej lub aksjologicznej w opozycji do wykładni językowej, jeżeli ta ostatnia prowadzi do jednoznacznych rezultatów interpretacyjnych. W ocenie Sądu w przedmiotowej sprawie wykładnia językowa, a nawet funkcjonalna przepisu art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej tym bardziej w kontekście ust. 2 pkt 1 tego artykułu, nie pozwala odczytywać normy wynikającej z tego przepisu z uwzględnieniem w jej hipotezie woli ubezpieczonego, co do dalszego trwania ubezpieczenia, jako przesłanki jego ustania lub kontynuowania. Analizując ten przepis należy mieć na uwadze, iż przystąpienie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, jest obwarowane określonym formalizmem, a ochrona wymienionego wyżej ryzyka jest dobrowolna. Podstawowym warunkiem uzyskania tej ochrony jest terminowe opłacanie składek należnych na to ubezpieczenie (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 19 czerwca 2018 r., III AUa 1858/17). Reasumując, sąd pierwszej instancji uznał, że trudno podzielić pogląd, iż zaniechanie zapłaty składki w terminie zawsze wyraża wolę zaprzestania podleganiu

ubezpieczeniu, opłacenie zaś składki wiąże się z wolą jego kontynuowania i dlatego opłaceniu składki w niższej od należnej wysokości nie należy nadawać znaczenia powodującego ustanie ubezpieczenia, wbrew woli ubezpieczonego.

Zatem przyjęcie przez ten Sąd, iż ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w okolicznościach wskazanych w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej jest niezależne od woli ubezpieczonego, jego intencji oraz przyczyn nieopłacenia składek w należytej wysokości w terminie prowadzi do wniosku, że ustawodawca dość rygorystycznie traktuje obowiązek terminowego i w należytej wysokości opłacania składek na to ubezpieczenie. Z woli ustawodawcy już samo nieopłacenie składki w należytej wysokości powoduje na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej ustanie dobrowolnego ubezpieczenia społecznego z mocy prawa. Właśnie z uwagi na dość duży rygoryzm tego przepisu (który nie uwzględnia woli ubezpieczonego, jego intencji i przyczyny nieopłacenia składki w należytej wysokości), przewiduje on w takich „uzasadnionych” sytuacjach możliwość wyrażenia zgody przez Zakład na opłacenie składki po terminie (w tym również brakującej części składki). Dopiero podejmując na wniosek ubezpieczonego tego rodzaju decyzję o wyrażeniu zgody na opłacenie składek po terminie, Zakład może wziąć pod uwagę przyczyny opłacenia zaniżonej składki, w tym ewentualny stopień zawinienia ubezpieczonego oraz wziąć pod uwagę jego intencje i wolę kontynuowania ubezpieczenia. Dlatego zdaniem Sądu Okręgowego, przewidziana w tym przepisie szczególna instytucja wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie potwierdza jedynie przyjętą przez Sąd wykładnię o ustaniu ubezpieczenia z mocy prawa na skutek nieopłacenia w terminie składki w należytej wysokości i pozwala w uzasadnionych przypadkach złagodzić rygoryzm tego przepisu

Odnośnie kluczowego dla sprawy pojęcia „uzasadnionych przypadków”, w których Zakład może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, sąd meriti wskazał, że było ono wielokrotnie przedmiotem wykładni w orzecznictwie. Przy czym wykładnia ta jest jednolita i nie budzi kontrowersji. Dla potrzeb niniejszej sprawy Sąd ten odwołał się do jednego z nowszych orzeczeń dotyczących tej kwestii – wyroku Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 14 marca 2019 r., III AUa 385/18, w którym wskazano m.in., że jest oczywiste, iż należności publicznoprawne należy opłacać w terminie, zaś lektura art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej prowadzi 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 Sądu Najwyższego z dnia 13 kwietnia 2017 r., I UK 144/16 oraz z dnia 19 stycznia 2016 r., I UK 35/15).

Odnośnie powyższe do realiów tej sprawy Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, że ubezpieczona od 2010 r. nieprzerwanie prowadzi jednoosobowo działalność gospodarczą. Posiadała więc blisko 20-letnie doświadczenie zawodowe jako przedsiębiorca i знаła rangę zobowiązania w zakresie uiszczania danin publicznoprawnych, w tym składek na ubezpieczenia społeczne. Tym bardziej, że jej przebieg ubezpieczenia wskazuje, iż niemal od początku przez większą część poszczególnych lat przebywała na zwolnieniach lekarskich i korzystała z zasiłków chorobowych. Jak wykazał organ rentowy otrzymała z tytułu wypłaconych jej zasiłków chorobowych łączną kwotę 312.988,32zł, przy nieproporcjonalnym wkładzie własnym z tytułu składek wynoszącym 58.641,11zł. Z tych okoliczności wpływały dla sprawy dwa istotne wnioski. Po pierwsze, ubezpieczona powinna nabyć praktyczne doświadczenie w prawidłowym obliczaniu i uiszczaniu wysokości składek. Po drugie, jako czerpiąca stałe korzyści z systemu zabezpieczenia

społecznego, powinna wykazać się szczególną starannością i zapobiegliwością przy rozliczaniu i terminowym opłacaniu składek, co należy podkreślić w prawidłowej wysokości. Jak trafnie wskazywał Sąd Apelacyjny w Szczecinie w powołanym już wyżej orzeczeniu, immanentną cechą prowadzenia działalności gospodarczej jest jej zawodowy charakter, co pozwala odróżnić czynności przedsiębiorcy od czynności osoby fizycznej. Zatem przy ocenie działań ubezpieczonej jako przedsiębiorcy poziom kontroli winien być podniesiony do poziomu należytej i wymaganej staranności, jaki towarzyszy profesjonalistom. To właśnie w interesie prawnym ubezpieczonej było terminowe opłacenie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, skoro tak często korzystała ze świadczeń będących ich pochodną. Co więcej, jak wykazał organ rentowy, ubezpieczona wcześniej już trzykrotnie skorzystała z przywrócenia terminu do opłacenia składek w analogicznych okolicznościach. Powinna z tego wyciągnąć konkretne wnioski na przyszłość. Skoro tego nie uczyniła, to świadczy to o jej lekceważącym podejściu do obowiązków, i nie może uzasadniać kolejnego przywrócenia terminu, bo byłoby to przyzwolenie na kolejne tego typu zachowania przeradzające się w stałą praktykę. Jak już wyżej wskazano celem i funkcją przepisu art. 14 ust. 2 pkt 2, jest także dyscyplinowanie płatników w zakresie terminowego (i w należytej wysokości) opłacania składek. Jednym z oczywistych priorytetów w funkcjonowaniu systemu ubezpieczeń społecznych, znajdującym odzwierciedlenie w odpowiednich regulacjach ustawy systemowej, jest dbałość ustawodawcy o zapewnienie terminowego i w należytej wysokości opłacania składek przez płatników. I pod tym kątem należy także rozpatrywać kwestię uzasadnionego wypadku w odniesieniu do ubezpieczonej. Kolejne przywracanie terminu byłoby pozbawione wspomnianego aspektu dyscyplinującego. Mechanizm działania ubezpieczonej wymuszał na systemie jej uprzywilejowanie poprzez obniżenie podstawy wymiaru składek niejako na przyszłość, niezależnie od tego, czy przyznane jej zostanie prawo do zasiłku chorobowego. Jak wskazywał organ rentowy, a czego ubezpieczona nie kwestionowała, zakładając z góry prawo do wypłaty zasiłku chorobowego za sporne okresy wykazywała obniżone podstawy wymiaru składek, w konsekwencji opłacając od nich składki w nieprawidłowej wysokości. Było to niezgodne z treścią art. 18 ust. 9 i 10 ustawy systemowej. Adresatem norm wynikających z tych przepisów jest ubezpieczony (prowadzący pozarolniczą działalność), który spełnił następujące warunki: 1. zadeklarował kwotę stanowiącą podstawę wymiaru składek (bez względu na jej wysokość); 2. opłacił składkę za cały miesiąc; 3. jego ubezpieczenie trwało tylko przez część miesiąca; 4. wystąpiła niezdolności do pracy trwająca przez część miesiąca, jeżeli z tego tytułu ubezpieczony spełnia warunki do przyznania zasiłku (vide wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 16 października 2019 r., III AUa 90/20). W takim przypadku po ustaleniu prawa do zasiłku dopuszczalne jest późniejsze skorygowanie podstawy do wysokości wynikającej z proporcjonalnego jej pomniejszenia. Tymczasem ubezpieczona nie bacząc na to, czy zasiłek chorobowy będzie jej przyznany (i nie kontrolując wykorzystania okresu zasiłkowego), najpierw obniżyła podstawy wymiaru składek, w konsekwencji nie dokonując w terminie uiszczenia składek w należnej wysokości. Tym samym jak słusznie wskazywał organ rentowy sama naraziła się na ryzyko przerwania ciągłości dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w sytuacji odmowy prawa do wypłaty zasiłku chorobowego. Powyższe okoliczności wskazywały, że nieuiszczenie należnych składek w terminie było konsekwencją świadomego ryzyka, które w całokształcie okoliczności wskazanych wyżej nie uzasadniało przywrócenia terminu i w konsekwencji skutkować musiało ustaniem ubezpieczenia chorobowego.

W ocenie Sądu Okręgowego we wskazanych okolicznościach nie można mówić o usprawiedliwionym niedopatrzaniu ubezpieczonej w zakresie opłacenia należnej składki. Było ono wynikiem świadomego zachowania, obliczonego na uzyskanie korzyści. Tego rodzaju zachowanie jest sprzeczne z zasadą solidaryzmu społecznego, i jako takie nie może zasługiwać na akceptację, wyrażającą się przywróceniem terminu do zapłacenia składki. Przy czym sąd meriti zaznaczył, że zgodnie z 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.

Mając powyższe na względzie Sąd Okręgowy na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. oddalił odwołanie K. R. od zaskarżonej decyzji ZUS z dnia 29 stycznia 2020 r.

Nadto Sąd ten orzekł o zwrocie kosztów zastępstwa procesowego należnych stronie wygrywającej spór, na podstawie art. 98 k.p.c. w związku z § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 265), zasądając od K. R. na rzecz ZUS kwotę 180 zł.

Z powyższym wyroku Sądu Okręgowego w Koszalinie w całości nie zgodziła się K. R., która w wywiedzionej apelacji zarzuciła mu:

1. naruszenie przepisów prawa procesowego, tj.:

a) art. 233 § 1 k.p.c. stanowiącą sprzeczność istotnych ustaleń sądu pierwszej instancji z treścią zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, przez naruszenie zasady logicznego rozumowania oraz doświadczenia życiowego, a przejawiającą się w nie dość wnikliwej ocenie tego materiału w postaci wydawanych w latach: 2012, 2015 i 2017 przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych dla K. R. decyzji o przywróceniu terminu do uiszczenia składki na ubezpieczenie chorobowe po ustawowym terminie do jej opłacenia (a więc w analogicznych przypadkach do tego, który jest przedmiotem niniejszej sprawy), skutkującej brakiem oceny takiego działania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych jako aprobującego zachowanie ubezpieczonej i stwarzającym poprzez to pewność i przekonanie ubezpieczonej, że kolejny jej wniosek o przywrócenie terminu (oparty na tych samych podstawach faktycznych i prawnych) zostanie uwzględniony, tym bardziej, że ostatnia zgoda nie została udzielona pod żadnym warunkiem;

b) art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, a wpływające na brak uznania przez sąd pierwszej instancji, że wniosek o przywrócenie terminu do uiszczenia składki na ubezpieczenie chorobowe, oparty na tej podstawie, iż ubezpieczonej odmówiono prawa do wypłaty zasiłku chorobowego, jest takim przypadkiem, który winien być uznany za uzasadniony w rozumieniu przepisu art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej;

2. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj.:

a) art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej w zw. z art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej poprzez niewłaściwe ich niezastosowanie w przedmiotowej sprawie i brak przyjęcia, że mając na względzie zasadę zaufania obywateli do Państwa (dającą się wyinterpretować z art. 2 Konstytucji RP), ubezpieczona miała wszelkie podstawy faktyczne i prawne, aby zakładać, że jej wniosek o przywrócenie terminu do uiszczenia składki na ubezpieczenie chorobowe po ustawowym terminie do jej opłacenia (złożony w analogicznych przypadkach do tych, które zostały składane w latach: 2012, 2015 i 2017) zostanie uwzględniony, a odmowa wyrażona przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w niniejszej sprawie nie miała nic wspólnego z zasadą lojalności państwa względem obywateli i nie wiązała się z bezpieczeństwem prawnym jednostki;

b) art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej poprzez błędną jego wykładnię prowadzącą do nieprawidłowego uznania, że odmowa wypłaty ubezpieczonej zasiłku chorobowego jest czynnikiem zależnym od ubezpieczonej, obiektywnie nieuzasadnionym i nie może zostawać pod ochroną tegoż przepisu prawa.

Wobec wyżej wskazanych zarzutów apelująca wniosła o:

- zmianę zaskarżonego wyroku i ustalenie, że ubezpieczona K. R. podlega nieprzerwanie ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej w okresie od 3 sierpnia 2010 r. do nadal, w tym w szczególności także w okresie od 1 września 2019 r. do 31 października 2019 r.,

- zasądzenie zwrotu kosztów postępowania według norm przepisanych za postępowanie przed sądem pierwszej instancji i za postępowanie przed sądem odwoławczym.

W uzasadnieniu skarżąca między innymi zaprzeczyła swojej lekceważącej postawie podkreślając, że ostatnia zgoda na przywrócenie terminu do opłacenia składki wyrażona w decyzji ZUS nie była udzielona pod warunkiem, iż jest to ostatnie takie przedłużenie na podstawie tych samych okoliczności. Natomiast ubezpieczona jedynie korzystała z wypracowanego i aprobowanego w przeszłości przez ZUS schematu postępowania.

W ocenie skarżącej dotychczasowe postępowanie organu rentowego jako aprobujące jej zachowanie uzasadniało jej pewność i przekonanie, iż także kolejny jej wniosek o przywrócenie terminu (oparty na tych samych podstawach faktycznych i prawnych) zostanie uwzględniony. Zatem zdaniem apelującej to działanie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych było przeciwne do zasady zaufania obywatela do Państwa, w żaden sposób nie było lojalne wobec ubezpieczonej i wprost zaprowadziło ją do „prawnej pułapki”, dzięki której nie mogła skorzystać z przewidzianej prawem ochrony.

Z tych też względów według skarżącej nie jest zasadne stanowisko sądu pierwszej instancji o tym, że wniosek ubezpieczonej o przywrócenie terminu do uiszczenia składek na ubezpieczenie chorobowe nie mógł zostać uwzględniony i że działanie ZUS było w te mierze zasadne, a w konsekwencji ubezpieczona nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 1 września 2019 r. do 31 października 2019 r.

Nadto skarżąca podniosła, że jej sprawa powinna być uznana za wypadek uzasadniony w rozumieniu art. 14 ust 2 pkt 2 ustawy systemowej.

Sąd Apelacyjny rozważył, co następuje:

Apelacja ubezpieczonej okazała się nieuzasadniona.

Sąd Apelacyjny w całości podziela i przyjmuje za własne zarówno ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd Okręgowy i przedstawione w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, jak również poczynione przez ten Sąd rozważania prawne. Dlatego nie zachodzi potrzeba ich ponownego przytaczania w tej części uzasadnienia (art. 387 § 2¹ pkt. 1 i 2 k.p.c.). Podkreślić przy tym należy, że rozważania sądu pierwszej instancji w sposób wyjątkowo szczegółowy odnoszą się do wszystkich kwestii podnoszonych przez ubezpieczoną w toku postępowania pierwszoinstancyjnego, a aktualnie także w postępowaniu odwoławczym.

W odpowiedzi na zarzuty apelacji podkreślić należy, że ubezpieczona poza polemiką ze stanowiskiem sądu pierwszej instancji nie wykazała, aby doszło do naruszenia prawa materialnego czy procesowego w podnoszonym w apelacji zakresie. Natomiast treść apelacji, a w szczególności zarzuty dotyczące postępowania organu rentowego, który po raz pierwszy odmówił ubezpieczonej przywrócenia terminu do opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe oraz powoływanie się na naruszenie zasady zaufania obywatela do Państwa wskazują, że apelująca sama podejmując decyzję o zaniechaniu opłacenia należnej składki na ubezpieczenie chorobowe i zaniedbując swoje obowiązki wobec organu rentowego jest przekonana, że zawsze winna być traktowana w sposób uprzywilejowany.

Z akt organu rentowego w sposób jednoznaczny wynika, że apelująca od lat regularnie korzystająca ze świadczeń z ubezpieczenia chorobowego dopuszczała do sytuacji nieopłacenia należnej składki na to ubezpieczenie aktualnie uznaje, że skoro organ rentowy przywracał termin do uiszczenia składek to ma obowiązek uwzględnienia także bieżącego wniosku. Zdaniem skarżącej tak działa zasada ochrony zaufania obywatela do Państwa i stanowionego przez nie prawa. Natomiast wbrew stanowisku skarżącej ustawodawca nie przewidział oczekiwanego przez stronę schematu działania wyrażającego się w tym, że każde złożenie wniosku o przywrócenie terminu do opłacenia składki na ubezpieczenie chorobowe nakłada na organ rentowy obowiązek przywrócenia tego terminu.

Podkreślić trzeba, że ustawa systemowa przewiduje możliwość wyrażenia zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie społeczne po terminie (art. 14 ust. 2 pkt 2) i nie oznacza to przyznania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych niczym nieskrępowanego uznania w uwzględnieniu lub nieuwzględnieniu wniosku o wyrażenie zgody. Przyznana kompetencja winna być wykonywana według sprawdzalnych, sprawiedliwych kryteriów. Zakład Ubezpieczeń Społecznych wyposażony w uprawnienie wyrażania zgody na opłacenie składki po terminie winien ujawnić, jakimi przesłankami kierował się odmawiając jej, a jego decyzja podlega merytorycznej ocenie sądu (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 września 2017 r., II UK 417/16, LEX nr 2390728).

Taka sytuacja wystąpiła w niniejszej sprawie i organ rentowy mając na uwadze dotychczasowy przebieg ubezpieczenia chorobowego skarżącej, trzykrotnie przywracał już termin do uiszczenia składki z tego tytułu i brak jakiegokolwiek

okoliczności usprawiedliwiającej kolejne zaniechanie ubezpieczonej prawidłowo uznał, że wniosek skarżącej nie podlegał uwzględnieniu. Stanowisko organu rentowego podzielił sąd pierwszej instancji i podziela je także Sąd Apelacyjny.

W postanowieniu z dnia 27 kwietnia 2021 r., II USK 126/21 (LEX nr 3245296) Sąd Najwyższy wyjaśnił, że lektura treści art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej ujawnia, że ustawodawca nie zdecydował się na zamknięty katalog okoliczności uzasadniających wyrażenie zgody. Tego rodzaju technika ustawodawcza jest prawidłowa, pozostawia bowiem orzecznictwu wypracowanie przesłanek, które w konkretnym stanie faktycznym będą obligowały do uwzględnienia żądania ubezpieczonego albo też będą dane żądanie czyniły bezzasadnym. Kardynalnego znaczenia nabiera dookreślenie okoliczności, które powinny być brane pod uwagę przy rozstrzyganiu określonego stanu faktycznego. Niewątpliwie należy brać pod uwagę przebieg samego ubezpieczenia chorobowego i dotychczasowy sposób wywiązywania się płatnika z tego obowiązku. Jednak nie można zapomnieć o przyczynie nieterminowego opłacenia danej składki, bowiem brak racjonalnego usprawiedliwienia wyklucza wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie. Jednocześnie w orzeczeniu tym Sąd Najwyższy wskazał także, że przystąpienie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność, jest obwarowane określonym formalizmem, a ochrona wymienionego wyżej ryzyka jest dobrowolna. Podstawowym warunkiem uzyskania ochrony jest terminowe opłacanie składek należnych na to ubezpieczenie (zasada). W judykaturze podkreśla się, że dyspozycja art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej obejmuje trzy sytuacje faktyczne. Pierwsza sprowadza się do zaniechania opłacenia składki w terminie za dany miesiąc. Druga polega na opłaceniu składki w terminie, ale w niepełnej wysokości i trzecia polega na opłaceniu składki w pełniej wysokości, lecz po terminie.

Skoro ubezpieczona nieustannie korzystała i korzysta ze świadczeń z ubezpieczenia chorobowego (w wymiarze: 236 dni w 2011 r., 305 dni w 2012 r., 219 dni w 2013 r., 333 dni w 2014 r., 290 dni w 2015 r., 354 dni w 2016 r., 204 dni w 2017 r., 358 dni w 2018 r. i 236 dni w 2019 r.), trzykrotnie w takich samych okolicznościach nie opłaciła w terminie należnych składek na to ubezpieczenie i każdorazowo organ rentowy uwzględniając wniosek ubezpieczonej przywracał jej termin do uiszczenia składki, a kolejny wniosek o przywrócenie terminu ubezpieczona traktuje jako normalną sytuację, w żaden sposób nie usprawiedliwiający swojego postępowania, to w ocenie Sądu Apelacyjnego nie ma żadnych podstaw do uznania tej sytuacji za usprawiedliwioną i uzasadniającą po raz kolejny przywrócenie ubezpieczonej terminu do uiszczenia składki na ubezpieczenie chorobowe za wrzesień i październik 2019 r.

Zatem w okresie od 01 września do 31 października 2019 r. apelująca nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, ponieważ nie uiściła w terminie należnej składki.

W konsekwencji Sąd Apelacyjny uznał, że zarzuty skarżącej są nieuzasadnione, a ponieważ brak jest też innych podstaw do wzruszenia trafnego rozstrzygnięcia sądu pierwszej instancji, które sąd odwoławczy bierze pod rozwagę z urzędu - apelację jako bezzasadną na podstawie art. 385 k.p.c. oddalono w całości.

Urszula Iwanowska Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk Jolanta Hawryszko