

Sygn. akt III AUa 104/17

## WYROK

*W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ*

Dnia 16 maja 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Agata Pyjas-Luty
Sędziowie:	SSA Dariusz Płaczek (spr.) SSO del. Ewa Krakowiak
Protokolant:	st. sekr. sądowy Dorota Stankowicz

po rozpoznaniu w dniu 16 maja 2019 r. w Krakowie

sprawy z wniosku **A. C.**

przeciwko **Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w N.**

o podleganie ubezpieczeniu chorobowemu

na skutek apelacji wnioskodawczyni A. C.

od wyroku Sądu Okręgowego w Nowym Sączu IV Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 28 października 2016 r. sygn. akt IV U 779/16

**o d d a l a apelację.**

Ewa Krakowiak Agata Pyjas-Luty Dariusz Płaczek

Sygn. akt III AUa 104/17

## UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 20 października 2016 r. Sąd Okręgowy w Nowym Sączu IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie A. C. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w N. z dnia 28 kwietnia 2016r. stwierdzającej, że A. C. w okresie od dnia 14 września 2015 r. do dnia 30 listopada 2015 r. podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, natomiast od dnia 1 grudnia 2015 r. nie podlegała temu ubezpieczeniu. W uzasadnieniu zaskarżonej decyzji organ rentowy wskazał, że odwołująca składki za miesiąc grudzień 2015 r. opłaciła w zaniżonej wysokości, co spowodowało ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od dnia 1 grudnia 2015 r.

Zdaniem Sądu Okręgowego bezsporne w sprawie było, że A. C., podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 14 września 2015 r. do dnia 30 listopada 2015 r. Sąd Okręgowy ustalił, że A. C. od dnia 14 września 2015 r. prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą. Deklaracja za miesiąc grudzień 2015 r. została złożona oraz opłacona w terminie, jednak wpłacona kwota była zaniżona, nie uwzględniała bowiem kwoty składek od 10 grudnia 2015 r. Z uwagi na błąd w konfiguracji programu popełniony przez J. C. opłata składki na miesiąc grudzień 2015 r. została ustalona w niższej wysokości. Błąd polegał na tym, że nie upłynął jeszcze okres 90 dni ubezpieczenia odwołującej się, zatem nie było podstaw do przyjęcia, że okres choroby może być odliczony. Mąż odwołującej się nie sprawdził tego, podobnie jak wydruku składek za grudzień. Niezwłocznie po zauważeniu błędu, a dokładniej po przedłożeniu kolejnego zaświadczenia lekarskiego w ZUS, tj. 1 lutego 2016 r. odwołująca się złożyła korektę deklaracji i zapłaciła brakującą kwotę. Pismem z dnia 9 lutego 2016 r. ZUS odmówił ubezpieczonej wyrażenia zgody na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc grudzień 2015 r.. Decyzją z dnia 3 lutego 2016 r., organ rentowy odmówił A. C. prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 10 grudnia 2015 r. do dnia 17 lutego 2016 r. W uzasadnieniu ZUS wyjaśnił, że odwołująca nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu od 1 grudnia 2015 r., a niezdolność do pracy powstała w dniu 10 grudnia 2015 r.. Tytuł ubezpieczenia chorobowego ustął w dniu 30 listopada 2015 r., a w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego odwołująca nie nabyła prawa do zasiłku chorobowego, ponieważ nie legitymuje się 90 dniowym nieprzerwanym okresem ubezpieczenia chorobowego. Sąd Okręgowy ustalił również, iż w 2016r. A. C. nadal deklarowała oraz opłacała składki na ubezpieczenie chorobowe. Od stycznia do marca 2016 roku deklarowane składki były obliczane od podstawy wymiaru w wysokości 2 433 zł., a od kwietnia do czerwca 2016 r. deklarowane składki były obliczane od 3210, 60 zł. Powyższy stan faktyczny Sąd pierwszej instancji ustalił na podstawie dokumentów znajdujących się w aktach organu rentowego oraz w aktach sprawy. Zeznania odwołującej się i świadka J. C. Sąd Okręgowy uznał za wiarygodne, albowiem były one spójne, logiczne, zgodne z przedłożoną dokumentacją oraz wzajemnie się uzupełniały.

W świetle takich okoliczności Sąd Okręgowy ocenił, iż odwołanie A. C. nie zasługuje na uwzględnienie. Stwierdził, iż przedmiotem niniejszego postępowania była ocena tego, czy A. C. podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą od grudnia 2015 r. Sąd ten wskazał, iż zgodnie z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają na swój wniosek osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8 i 10, to jest m.in. osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą. Zgodnie z art. 14 ust. 1 tej ustawy objęcie dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym, rentowymi i chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony, z zastrzeżeniem ust. 1a, z którego wynika, że objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4. Według art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej ubezpieczenia, o których mowa w ust. 1, ustają 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 i 10; w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, z zastrzeżeniem ust. 2a.

Zdaniem Sądu Okręgowego w przedmiotowej sprawie nie ulegało wątpliwości, że A. C. opłaciła składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc grudzień 2015 r. w nieprawidłowej wysokości. W trakcie postępowania dowodowego odwołująca się jednoznacznie przyznała, że nieprawidłowa wysokość opłaconej składki wynikała z błędu jej męża – zawodowego księgowego - zajmującego się księgowością firmy. Sąd Okręgowy podzielił pogląd występujący w orzecznictwie pogląd, iż w pojęciu zawartym a art. 14 ust. 1 w/w ustawy "nieopłacenia w terminie składki należnej na ubezpieczenie" mieszczą się trzy sytuacje: nieopłacenie w ogóle w terminie składki za dany miesiąc, opłacenie składki w terminie, ale w niepełnej wysokości oraz opłacenie składki w pełnej wysokości, lecz po terminie. Ustawodawca uznał zatem, że osoba składająca wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym i oczekująca świadczeń od organu rentowego, zobowiązana jest do opłacania składki na to ubezpieczenie w terminie i we właściwej wysokości. Dobrowolne ubezpieczenie chorobowe wygasa bowiem z mocy prawa gdy niedotrzymany został termin zapłaty składki

w prawidłowej wysokości. Postanowieniem z dnia 9 lutego 2016 r. organ rentowy, w wyniku wniosku złożonego przez odwołującą się, nie wyraził także zgody na opłacenie składki po terminie, wobec czego dobrowolne ubezpieczenie chorobowe A. C. ustało w dniu 1 grudnia 2015 r.. W ocenie Sądu pierwszej instancji stanowisko ZUS w tym zakresie jest słuszne, ponieważ żadne okoliczności uzasadniające udzielenie zgody po terminie nie nastąpiły. Podkreślenia wymaga, że mąż A. C. zajmujący się księgowością firmy jest fachowcem, z zawodu księgowym, dlatego też popełnienie przez niego błędu w postaci błędnej konfiguracji programu nie usprawiedliwia udzielenia takiej zgody. Błąd księgowego obciąża A. C.. Podsumowując Sąd Okręgowy stwierdził, iż postępowanie dowodowe jednoznacznie wykazało, że wydana decyzja jest zgodna z obowiązującym prawem.

A. C. zaskarżyła w całości powyższy wyrok, zarzucając mu naruszenie prawa procesowego tj.: art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 328 § 2 k.p.c. polegające na braku wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego uznanego przez Sąd za wiarygodny oraz brak pełnych ustaleń faktycznych w sprawie, a w konsekwencji pominięcie wynikającego z zeznań uznanych za wiarygodne i dokumentacji faktu, że odwołująca wystąpiła o zasiłek chorobowy od 10 grudnia 2015 r. w związku ze schorzeniami wynikającymi z ciąży. Zdaniem skarżącej ma to istotne znaczenie, bowiem konsekwencje nieuwzględnienia wniosku ubezpieczonej o wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie byłyby dla niej szczególnie dotkliwe, gdyż oznaczałoby to w jej przypadku ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego oraz utratę prawa do zasiłku chorobowego (pośrednio także zasiłku macierzyńskiego) w oczekiwanej przez nią wysokości. W przypadku kobiety w ciąży wykładnia art. 14 ust. 2 pkt. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych powinna uwzględniać wynikającą z art. 71 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. szczególną ochronę matki przed i po urodzeniu dziecka. Ponadto należy w sprawie mieć na uwadze, że apelująca składkę uiszcza (jedynie w mniejszej kwocie niż należna), a opłacenie składki w wysokości niższej niż należna wynikało z błędu biura księgowo-rachunkowego obsługującego odwołującą się, przed tym i po wykryciu błędu A. C. uiszczala wszelkie należne składki. Niezwłocznie po wykryciu błędu uzupełniła brakującą kwotę składki oraz złożyła korektę deklaracji, wyrażała wolę podlegania ubezpieczeniu chorobowemu. Apelująca zarzuciła również naruszenie prawa materialnego tj. art. 14 ust. 2 pkt. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych przez błędną wykładnię polegającą na przyjęciu, że:

- opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w kwocie niższej od należnej powoduje ustanie tego ubezpieczenia, wbrew woli ubezpieczonego i jest równoznaczne z nie opłaceniem w terminie składki należnej na to ubezpieczenie;
- „uzasadniony przypadek” nie obejmuje sytuacji kiedy składka nie została opłacona w stosownej wysokości na skutek nienależytego obliczenia jej wysokości przez biuro księgowe, gdy niedopatrzenie to zostaje naprawione, nie ma ono charakteru działania specjalnego, mającego „oszukać” system ubezpieczeń społecznych, a ponadto w historii płatnika zdarzenie to jest jednorazowe.

Skarżąca zarzuciła, iż wykładania powołanego przepisu przyjęta przez Sąd Okręgowy pozostaje w opozycji do ugruntowanej linii orzeczniczej, w szczególności zaprezentowanej w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 2015 r. (II UK 443/14 Lex nr 1962525), w którym stwierdzono, iż tylko zaniechanie zapłaty składki w terminie wyraża wolę zaprzestania podleganiu ubezpieczeniu, opłacenie zaś składki wiąże się zawsze z wolą jego kontynuowania, dlatego opłaceniu składki w niższej od należnej wysokości nie należy nadawać znaczenia powodującego ustanie ubezpieczenia, wbrew woli ubezpieczonego. Takie stanowisko zdaniem skarżącej potwierdzają również Sądy Apelacyjne wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku - III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 10 czerwca 2016 r. (III AUa 196/16). Tylko zatem zaniechanie zapłaty składki w terminie wyraża wolę zaprzestania podleganiu ubezpieczeniu, opłacenie zaś składki wiąże się zawsze z wolą jego kontynuowania, dlatego opłaceniu składki w niższej od należnej wysokości nie należy nadawać znaczenia powodującego ustanie ubezpieczenia, wbrew woli ubezpieczonego.

### ***Sąd Apelacyjny zważył, co następuje.***

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie .

W ocenie Sądu Apelacyjnego rozstrzygnięcie Sądu pierwszej instancji jest prawidłowe. Sąd Okręgowy właściwie przeprowadził postępowanie dowodowe oraz dokonał trafnej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego, w konsekwencji prawidłowo ustalając stan faktyczny sprawy. Mimo, iż skarżąca podniosła zarzut naruszenia prawa procesowego (art. 233§1 k.p.c. W zw. z art. 328§2 k.p.c.), to jednak nie uzasadniła szerzej na czym polega wadliwa ocena dowodów dokonana przez Sąd Okręgowy. Przepis art. 233 § 1 k.p.c. uprawnia sąd do oceny wiarygodności dowodów według własnego przekonania na podstawie wszechstronnego rozważenia materiału. Dopuszczenie się obrazy art. 233 § 1 k.p.c. przez sąd może polegać albo na przekroczeniu granic swobody oceny wyznaczonej logiką, doświadczeniem życiowym, czy zasadami nauki albo też na niedokonaniu przez sąd wszechstronnego rozważania sprawy. Sąd Okręgowy nie zakwestionował żadnego z tych przeprowadzonych dowodów, w szczególności nie podważał wiarygodności zeznań świadka oraz samej odwołującej się. W apelacji nie wskazano zatem które dowody i z jakich przyczyn zostały ocenione z naruszeniem art. 233§1 k.p.c. i nie wskazano też, które ustalenia Sądu Okręgowego nie znajdują oparcia w tak materiale dowodowym. Apelująca powołując się na naruszenie powyższych przepisów wskazała jedynie, iż Sąd Okręgowy w swych ustaleniach pominął istotny fakt, że wystąpiła o zasiłek chorobowy z powodu niezdolności do pracy spowodowanej schorzeniami związanymi z ciążą. Istotnie, Sąd Okręgowy ustalił jedynie, iż od dnia 10 grudnia 2015r. odwołująca się była niezdolna do pracy, natomiast nie wskazał, iż - jak wynika z jej zeznań - to zwolnienie lekarskie uzasadnione było stanem zdrowia związanym z ciążą. Sąd Apelacyjny – jako sąd merytoryczny – uzupełnił zatem obraz okoliczności faktycznych o tak określoną przyczynę tej niezdolności do pracy. W ocenie Sądu Apelacyjnego obraz ten należy uzupełnić również o niesporną okoliczność, wynikająca z deklaracji rozliczeniowych (k.15) oraz z zeznań J. C., iż podejmując niedługo przed powstaniem niezdolności do pracy tj. od 14 września 2015r. działalność gospodarczą w postaci sklepu internetowego z (...), odwołująca się zadeklarowała za ten miesiąc, (a w zasadzie połowę miesiąca) jako podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe kwotę 2375,40 zł, natomiast już za pełne kolejne miesiące tj. październik 2015r. i listopad 2015r - kwotę po 9897,50 zł.

Zasadniczy jednak spór w przedmiotowej sprawie dotyczył wykładni przepisu art. 14 ust. 2 ustawy z 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j.Dz.U.2019.300), a w szczególności, czy w okolicznościach przedmiotowej sprawy ustało dobrowolne ubezpieczenie chorobowe od 1 grudnia 2015r. Punktem wyjścia do dalszych rozważań jest przypomnienie, iż w świetle przepisów ustawy systemowej osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega ubezpieczeniu chorobowemu na zasadzie dobrowolności. Zgodnie z art. 14 ust. 1 tej ustawy, objęcie dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym, rentowymi i chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony, z zastrzeżeniem ust. 1a. Objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4, czyli w terminie siedmiu dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia (ust. 1a). Natomiast w myśl art. 14 ust. 2 tej ustawy ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe, o których mowa w ust. 1 ustają:

- 1) od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony;
- 2) od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie - w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących, duchownych oraz osób wymienionych w art. 7; w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, z zastrzeżeniem ust. 2a;
- 3) od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom (ust. 2).

Dla rozstrzygnięcia przedmiotowej sprawy zasadnicze znaczenie miała odpowiedź na pytanie, czy przepis art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej warunkował kontynuowanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od opłacenia pełnej składki, czy też wystarczyło uiścić jedynie część należnej składki, aby nadal korzystać z tego ubezpieczenia. 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 LEX nr 1217208). Sąd Apelacyjny podziela 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 LEX nr 1313228, Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 8 lutego 2018 r. III AUa 647/17 LEX nr 2481730, Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 1 grudnia 2016 r. III AUa 329/16 LEX nr 2193049, Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 10 listopada 2015r III AUA 1854/14 LEX nr 1936806)

Strona apelująca powołuje się przede wszystkim na wykładnię art. 14 ust 2 ustawy systemowej zawartą w uzasadnieniu wyroku Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 2015r. ( II UK 443/14 LEX 1962525), w którym zaprezentowano odmienny pogląd niż w powołanym wyżej wyroku tego Sądu z dnia 18 kwietnia 2012r. W uzasadnieniu szeroko cytowanego w apelacji wyroku z dnia 8 grudnia 2015r. 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 Apelacyjny w składzie orzekającym podziela jednak wykładnię zaprezentowaną w powołanych wyżej wyrokach Sądu Najwyższego z dnia 18 kwietnia 2012r. oraz sądów apelacyjnych. Nie podziela zatem stanowiska, iż opłacenie składki niższej niż należna, jako wyraz woli kontynuowania ubezpieczenia, nie powoduje ustania tego ubezpieczenia. Trzeba bowiem zauważyć, iż 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 Apelacyjnego 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 grudnie wykładni wskazanej w apelacji 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 Apelacyjnego wnioski takie nie tylko nie znajdują 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 apelacja 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 18 kwietnia 2012r. II UK 188/11) oraz Sądów Apelacyjnych w powołanych wyżej orzeczeniach. Przypomnieć wypada za Sądem Najwyższym (uzasadnienie wyroku dnia 20 września 2017 r. I UK 341/16), 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 Apelacyjnego w przedmiotowej sprawie wykładnia językowa, a nawet funkcjonalna przepisu art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych, 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 LEX nr 2609031). Reasumując, 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.

Przyjęcie przez Sąd Apelacyjny, 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 zgodny 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 zawinięcia ubezpieczonego oraz wziąć pod uwagę jego intencje i wolę kontynuowania ubezpieczenia. Reasumując, przewidziana w tym przepisie szczególna instytucja wyrażenia zgodny na opłacenie składki po terminie potwierdza jedynie przyjętą przez Sąd Apelacyjny 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

Z brakiem wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie wiąże się kolejny zarzut apelacji. Jak wynika z ustaleń Sądu Okręgowego Zakład pismem z dnia 9 lutego 2016r. nie wyraził zgody na opłacenie należnej składki po terminie uznając, iż nie występują w sprawie uzasadnione okoliczności, przemawiające za uwzględnieniem takiego wniosku. Organ rentowy został bowiem wyposażony w kompetencję wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie, czyli

uznania, że mimo nieopłacenia składki w terminie ubezpieczenie nie ustało. W ustawie systemowej nie zostały jednak określone przesłanki "wyrażenia zgody" na opłacenie składki po terminie, co jednak nie oznacza przyznania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych niczym nieskrępowanego uznania w uwzględnieniu lub nieuwzględnieniu wniosku o wyrażenie owej zgody. Przyznana kompetencja winna być wykonywana według sprawdzalnych, sprawiedliwych kryteriów. W orzecznictwie najczęściej przyjmuje się, iż przesłanki wyrażenia przez organ rentowy zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie stanowią okoliczności związane z przebiegiem samego ubezpieczenia oraz przyczynami uchybienia owego terminu. Zakład uzasadniając swoje stanowisko wskazał, że nie wystąpiły żadne szczególne okoliczności przemawiające za uwzględnieniem takiego wniosku. Oceniając taki wniosek należy zauważyć, iż w przedmiotowej sprawie ubezpieczona korzystała z pomocy profesjonalnego księgowego (męża ubezpieczonej), który jak wynika z jego relacji popełnił błąd, nie dochowując należytej staranności (nie sprawdził, że program którym posługiwał się nie był odpowiednio skonfigurowany). W orzecznictwie przyjmuje się, że błąd podmiotu, który profesjonalnie zajmuje się obsługą księgową płatnika nie stanowi wystarczającej przesłanki do wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie. Opłacanie składek obciąża bowiem wyłącznie ubezpieczonego, który nie może powoływać się na błąd w działaniu swojego biura rachunkowego (wyrok Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 7 lipca 2004 r. III AUa 547/2003, LexPolonica nr 402092, wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 23 kwietnia 2013 r. III AUa 1067/12 LEX nr 1313228 ). Sąd Apelacyjny podziela to stanowisko, bowiem gdyby przyjąć, że w każdej sytuacji, w której nieopłacenie składki jest wynikiem błędu profesjonalnego podmiotu, któremu płatnik powierzył obsługę księgową, uzasadnia wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie, wyrażenie takiej zgody stałoby się regułą, a przepis art. 14 ust 2 pkt 2 ustawy przestałby spełniać swoją również dyscyplinującą płatników funkcję. Odnosząc się natomiast do oceny dotychczasowego przebiegu ubezpieczenia, wskazać należy, iż ubezpieczona już na samym początku okresu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu nie opłaciła składki w należytej wysokości, bowiem podlegała temu ubezpieczeniu dopiero od 14 września 2015r., a już od grudnia 2015r. z powodu niezdolności do pracy związanej z ciężką zamierzała uzyskać świadczenie z tego ubezpieczenia. Zatem z uwagi na krótki okres ubezpieczenia i opłacania składek, w przypadku skarżącej nie można powołać - jako przemawiający za uwzględnieniem wniosku - argument, że była dotąd długoletnim, rzetelnym płatnikiem składek.

Nie bez znaczenia pozostaje też bardzo wysoka podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe w kwocie 9897, 50 zł zadeklarowana przez ubezpieczoną z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, która zaraz po upływie 90 dni podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu zamierzała skorzystać z prawa do zasiłku (art. 4 ust. 1pkt 2 ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, t.j. Dz.U.2019.645). Zadeklarowanie tak wysokiej podstawy wymiaru składek, w sytuacji gdy ubezpieczona mogła spodziewać się, że ze względu na ciężką będzie korzystała z odpowiednio wysokich świadczeń z ubezpieczenia chorobowego (np. zasiłku macierzyńskiego), świadczy o doborze rozeznaniu w sposobach i możliwościach uzyskania jak najwyższych świadczeń z tego ubezpieczenia. Na pewną sprawność apelującej w dostosowaniu się do sytuacji w zakresie deklarowania określonej podstawy wymiaru składki, wskazuje również zadeklarowanie znacznie niższej podstawy za okres od stycznia 2016r., w sytuacji gdy odmówiono jej prawa do zasiłku chorobowego. Sąd Apelacyjny podziela wyrażone w orzecznictwie (wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 15 listopada 2017r. III AUA 325/17 LEX nr 2423327) stanowisko, iż w sytuacji, kiedy działania podejmowane przez ubezpieczonego wskazują na jego biegłość w zakresie wykorzystywania instrumentów formalnoprawnych, zmierzających do uzyskania świadczeń nieproporcjonalnie wysokich do ryzyka ubezpieczeniowego, organ rentowy może postawić wyższe wymagania do oceny czy zachodzi usprawiedliwiony przypadek. Również w przedmiotowej sprawie sekwencja działań podjętych przez ubezpieczoną wskazuje na często występującą, dopuszczalną ale instrumentalizację - wykorzystanie systemu ubezpieczenia poprzez złamanie powiązania składki z wysokością świadczenia, w sytuacji kiedy spełnienie się ryzyka ubezpieczeniowego było pewne (z uwagi na ciężką ubezpieczonej). Podjęcie takich działań wymaga wyższego od przeciętnego rozeznania i poziomu świadomości prawnej. Skoro system prawa wykorzystuje się instrumentalnie, z pełnym rozeznaniem zasad ubezpieczenia chorobowego, to w takiej sytuacji nie można odmówić organowi rentowemu, że postawi wyższe wymagania co do okoliczności, które uzasadniają wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie. Znajomość prawa, która powoduje podjęcie szeregu działań celem uzyskania wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego, tj. opłacenie bardzo wysokiej składki ze świadomością bliskiego spełnienia się ryzyka ubezpieczeniowego tworzy podwyższone wymagania w odniesieniu do znajomości przepisów prawa i co

do rzetelności w opłaceniu składki w prawidłowej wysokości. Mimo, że nieopłacenie składek we właściwej wysokości nastąpiło przez zwykły błąd płatnika, czy też raczej profesjonalisty działającego na jego rzecz, a nie z powodu celowego zaniechania, to w takich okolicznościach jak w niniejszej sprawie, organ rentowy był uprawniony odmówić wyrażenia zgody na opłacenie składek w należytej wysokości po terminie. W takiej sytuacji bowiem ocena zachowania osoby prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą, w kontekście przyczyn opóźnienia w zapłacie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w należytej wysokości, powinna być dokonana z uwzględnieniem zawodowego i profesjonalnego miernika staranności. (wyrok Sądu Najwyższego - z dnia 13 kwietnia 2017 r. I UK 144/16). Reasumując, zarzut naruszenia art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej okazał się nieuzasadniony. W tym stanie rzeczy apelacja podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

Ewa Krakowiak Agata Pyjas – Luty Dariusz Płaczek