

Sygn. akt III AUa 349/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 13 grudnia 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Urszula Iwanowska (spr.)
Sędziowie:	SSA Barbara Białecka SSO del. Aleksandra Mitros
Protokolant:	St. sekr. sąd. Katarzyna Kaźmierczak

po rozpoznaniu w dniu 13 grudnia 2018 r. w Szczecinie

sprawy A. H.

przeciwko Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G.

o przywrócenie terminu do uiszczenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe i ustalenie wysokości podstawy wymiaru składek

na skutek apelacji organu rentowego

od wyroku Sądu Okręgowego w Gorzowie Wlkp. VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 15 maja 2018 r. sygn. akt VI U 16/18

1. oddala apelację,
2. zasądza od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w G. na rzecz A. H. kwotę 240 (dwieście czterdzieści) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

SSO del. Aleksandra Mitros SSA Urszula Iwanowska SSA Barbara Białecka

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 3 listopada 2017 r., nr (...), Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. stwierdził, że A. H. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu w okresach:

- od 1 lipca do 9 listopada 2012 r.
- od 27 kwietnia 2013 r. do 28 lutego 2014 r.
- od 1 marca do 27 maja 2014 r.

- od 27 maja 2015 r. do 17 stycznia 2016 r.

- od 16 stycznia do 4 lutego 2017 r.

- od 1 marca 2017 r.,

ze szczegółowo ustaloną podstawą wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe, chorobowe, wypadkowe, zdrowotne oraz Fundusz Pracy.

W uzasadnieniu organ rentowy wskazał, że nie wyraził zgody na opłacenie składek po terminie za luty 2017 r. mając na uwadze, że w pierwszorazowej deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA za 02/2017 r. złożonej do KSI ZUS 3 marca 2017 r. płatnik składek wykazał podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalno-rentowe w wysokości 548,10 zł (tj.: za 6 dni podlegania, obliczone od podstawy wymiaru składek 2.557,80 zł). Natomiast w korekcie ZUS DRA za 02/2017 r. złożonej do KSI ZUS 04.04.2017 r., tj.: po ustawowym terminie, wykazano podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne w kwocie 7.680,46 zł. Z uwagi na opłacenie składki za 02/2017 r. po terminie oraz skorygowanie deklaracji rozliczeniowej po terminie - brak było podstaw do przywrócenia prawa do podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Wobec zadeklarowania podstawy wymiaru składek w pierwszorazowej ZUS DRA obliczonej proporcjonalnie od kwoty 2.557,80 zł - brak było podstaw prawnych do zwiększenia podstawy po ustawowym terminie. Tym samym Zakład nie objął ubezpieczonej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej w okresie od 5 do 28 lutego 2017 r.

W odwołaniu od powyższej decyzji A. H. wniosła o jej uchylenie i przekazanie do ponownego rozpoznania, ewentualnie o zmianę przez przyjęcie za luty 2017 r. wysokości podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne i Fundusz Pracy w wysokości 9.775,13 zł podnosząc, że do nieopłacenia składki w terminie doszło na skutek leczenia szpitalnego oraz konieczności opieki nad dziećmi.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie oraz zasądzenie zwrotu kosztów postępowania podtrzymując stanowisko wyrażone w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji.

Wyrokiem z dnia 15 maja 2018 r. Sąd Okręgowy w Gorzowie Wielkopolskim VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych zmienił zaskarżoną decyzję i stwierdził, że ubezpieczona A. H. podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej od 5 lutego 2017 r. do 28 lutego 2017 r. (punkt I), zmienił zaskarżoną decyzję i stwierdził, że podstawa wymiaru składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonej A. H. za luty 2017 r. wynosi 2.557,80 zł (punkt II), w pozostałym zakresie oddalił odwołanie (punkt III) oraz zasądził od ubezpieczonej na rzecz organu rentowego 1.800 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania (punkt IV).

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

A. H. od dnia 1 marca 2012 r. prowadziła działalność gospodarczą. W okresie od 18 stycznia 2016 r. do 15 stycznia 2017 r. ubezpieczona przebywała na zasiłku macierzyńskim. Organ rentowy z urzędu sporządził brakujące zgłoszenie od 16 stycznia 2017 r. do ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i wypadkowego wraz z dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej. W deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA za 02/2017 r. złożonej do Kompleksowego Systemu Informatycznego ZUS:

1) w dniu 3 marca 2017 r. ubezpieczona wykazała:

- podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne - 548,10 zł,

- rozliczyła składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe,

- składkę na ubezpieczenia społeczne za 02/2017 r. opłaciła 3 marca 2017 r. w wysokości 174,14 zł,

2) w dniu 4 kwietnia 2017 r. ubezpieczona złożyła korektę i wykazała:

- podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne - 7.680,46 zł,
- rozliczyła składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe,
- 6 kwietnia 2017 r. dopłaciła składki na ubezpieczenia społeczne za 02/2017 r., w wysokości 2.265,95 zł.

Ubezpieczona od grudnia 2016 r. do lutego 2017 r. nie zatrudniała pracowników.

W dniu 14 marca 2017 r. złożyła pierwszy wniosek o przywrócenie terminu do opłacenia składki na ubezpieczenie chorobowe za luty 2017 r. Ubezpieczona bezspornie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresach od 1 lipca do 9 listopada 2012 r., od 27 kwietnia 2013 r. do 28 lutego 2014 r., 1 marca do 27 maja 2014 r., od 27 maja 2015 r. do 17 stycznia 2016 r., od 16 stycznia do 4 lutego 2017 r. oraz od 1 marca 2017 r.

Ubezpieczona od 28 lutego do 3 marca 2017 r. przebywała w szpitalu, gdzie w dniu 1 marca 2017 r. przeszła zabieg operacyjny ginekologiczny. Po wyjściu ze szpitala przez kilka dni gorączkowała, była osłabiona, zażywała leki przeciwbólowe i przeciwgorączkowe. W dniu 10 marca 2017 r. wraz z mężem i trójką dzieci – A. – 4 lata, M. – 3 lata i K. - 1,5 roku pojechali do matki męża, gdzie przebywali do końca marca. Ubezpieczona do dnia 12 marca 2017 r. cały czas leżała. Nie była w stanie samodzielnie zajmować się dziećmi, gdyż nie mogła się poruszać i dźwigać. W tym czasie córki ubezpieczonej M. i A. również chorowały i wymagały opieki. U M. rozwijał się stan zapalny ucha. W związku ze złym samopoczuciem i koniecznością zapewnienia opieki dzieciom, ubezpieczona składkę za miesiąc luty 2017 r. na ubezpieczenia zdrowotne opłaciła w dniu 13 marca 2013 r. (uwaga SA: winno być 2017 r.). W dniu 28 marca 2017 r. córka ubezpieczonej M. H. trafiła do szpitala z ostrym prawostronnym zapaleniem ucha środkowego. W późniejszym okresie również stan zdrowia ubezpieczonej uległ pogorszeniu.

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

Sąd pierwszej instancji podkreślił, że kwestią wymagającą rozstrzygnięcia pozostawały konsekwencje opóźnienia w opłacie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za luty 2017 r. dla podlegania temu ubezpieczeniu przez wnioskodawczynię oraz ocena odmowy organu rentowego przywrócenia terminu do jej opłacenia. A także ustalenie podstawy wymiaru składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za luty 2017 r.

Sąd Okręgowy wskazał, że zgodnie z art. 11 ust 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t. j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1778 ze zm.; powoływana dalej jako: ustawa systemowa) obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu podlegają osoby wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 1, 3 i 12. W świetle ust. 2 dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają na swój wniosek osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4-5a, 8 i 10. Z kolei art. 14 ust. 1 tej ustawy stanowi, 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 ust. 1a. Natomiast w ust. 1a ustawodawca wskazał, 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. Przy czym w świetle ust. 2 tego artykułu 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.

Zgodnie zaś z ust. 2a w przypadku, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, jeżeli za część miesiąca został pobrany zasiłek, ubezpieczenie chorobowe ustaje od dnia następującego po dniu, za który zasiłek ten przysługuje. W myśl ust. 3 za okres opłacania składek uważa się także okres pobierania wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy wskutek choroby lub odosobnienia w związku z chorobą zakaźną oraz zasiłków.

I dalej sąd pierwszej instancji wskazał, że w art. 47 ust. 1 powoływanej ustawy wskazano, iż płatnik składek przesyła w tym samym terminie deklarację rozliczeniową, imienne raporty miesięczne oraz opłaca składki za dany miesiąc, z zastrzeżeniem ust. 1a, 2a i 2b, nie później niż:

- 1) do 10 dnia następnego miesiąca - dla osób fizycznych opłacających składkę wyłącznie za siebie;
- 2) do 5 dnia następnego miesiąca - dla jednostek budżetowych i samorządowych zakładów budżetowych;
- 3) do 15 dnia następnego miesiąca - dla pozostałych płatników.

Następnie Sąd Okręgowy zaznaczył, że w okolicznościach niniejszej sprawy bezspornym pozostawało, że A. H. spóźniła się z zapłatą składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za luty 2017 r. oraz, że termin zapłaty mijał 10 marca 2017 r.

Jednocześnie sąd meriti wyjaśnił, że w orzecznictwie wskazuje się, iż w pojęciu "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. Zaistnienie którejsz ze wskazanych wyżej sytuacji powoduje - z mocy art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej - ustanie tegoż ubezpieczenia. Ubezpieczenie to wygasa nawet w sytuacji, gdy osoba zobowiązana nie ponosi winy za nieopłacenie składki. Wyrażenie przez organ rentowy zgody na opłacenie składki po terminie sprawia natomiast, że pomimo, iż składka nie została uiszczona w terminie, dobrowolne ubezpieczenie nie ustaje. Opłacenie składki po upływie terminu, w którym powinna być opłacona i ustanie w związku z tym dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego nie powoduje ponownego nawiązania stosunku ubezpieczenia (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 maja 2012 r., I UK 408/11, niepublikowany), niemniej jednak w razie złożenia wniosku o przywrócenie terminu do opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie społeczne, pozytywna decyzja organu rentowego powoduje kontynuowanie dotychczasowego stosunku ubezpieczenia pod warunkiem opłacenia należnych składek, natomiast negatywna decyzja potwierdza ustanie z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia społecznego i może być zaskarżona w sądowym postępowaniu odwoławczym (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00, OSNP 2003/10/257). Ponadto Sąd Najwyższy wyjaśnił, iż mimo, że przesłanki wyrażenia przez organ rentowy zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie nie zostały określone przez ustawodawcę, jednak oczywiste jest, iż stanowią ją okoliczności związane z przebiegiem samego ubezpieczenia i przyczynami uchybienia owego terminu. Skoro ubezpieczenie chorobowe osób prowadzących działalność gospodarczą ma dobrowolny charakter i jego powstanie uzależnione jest od woli samego ubezpieczonego, a warunkiem trwania tegoż ubezpieczenia jest terminowe opłacanie należnych z tego tytułu składek, to dotychczasowy sposób wywiązywania się płatnika z tego obowiązku nie pozostaje bez wpływu na ocenę zasadności uwzględnienia wniosku o przywrócenie uchybionego terminu. Jest to jednak tylko jeden z aspektów sprawy, który powinien być analizowany w powiązaniu z pozostałymi okolicznościami, a przede wszystkim przyczynami nieterminowego opłacenia danej składki. Może się

zatem zdarzyć, że mimo długotrwałego podlegania wnioskodawcy dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu i dotychczasowego należytego wywiązywania się z obowiązku składkowego organ rentowy nie wyrazi zgody na opłacenie składki po terminie, jeśli opóźnienie w zapłacie nie ma żadnego racjonalnego usprawiedliwienia. Możliwa jest jednak sytuacja odwrotna, gdy przyczyna niezachowania przez ubezpieczonego objętego wnioskiem terminu opłacenia składki jest tak doniosła, że fakt wcześniejszych uchybień w terminowym opłacaniu składek przez wnioskodawcę nie stanowi dostatecznej podstawy wydania decyzji odmownej. Każdy wniosek musi być, bowiem rozpatrywany indywidualnie, a sposób załatwienia innych wniosków płatnika o zgodę na opłacenie składki po terminie nie może przesądzać o zasadności danego wniosku (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 sierpnia 2015 r., III UK 233/14). Z kolei, Sąd Apelacyjny w Rzeszowie w wyroku z dnia 19 marca 2015 r., III AUa 380/14 zaznaczył, że omawiany przepis odnoszący się do przywrócenia terminu opłacenia składki nie wymaga, aby okoliczności na skutek, których ubezpieczony nie dochował terminu były szczególnego rodzaju, wyjątkowe, nadzwyczajne, nie wymaga również stwierdzenia braku winy po stronie ubezpieczonego.

Sąd Okręgowy oceniając w powyższym kontekście stanowisko organu rentowego odmawiające wnioskodawczyni przywrócenia terminu do opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc luty 2017 r. stanął na stanowisku, iż było ono oczywiście błędne. Organ rentowy powołał się w okolicznościach niniejszej sprawy wyłącznie na fakt, iż ubezpieczona skorygowała deklarację rozliczeniową, w żaden sposób nie odniósł się natomiast do sytuacji życiowej ubezpieczonej w marcu 2017 r. W oparciu o zgromadzony materiał dowodowy, w tym dokumenty przedłożone przez wnioskodawczynię do akt niniejszej sprawy oraz prowadzonej pod sygn. akt IV U 122/17, zeznania świadka B. H. złożone w sprawie IV U 122/17, zeznania świadka K. P. oraz przesłuchanie ubezpieczonej sąd meriti ustalił, iż ubezpieczona na początku marca 2017 r. przebywała w szpitalu i przeszła zabieg ginekologiczny. Ubezpieczona po wyjściu ze szpitala gorączkowała i była osłabiona. Dodatkowo posiada ona troje małoletnich dzieci i wspierała teściową w opiece nad nimi. W tym czasie również u jednego dziecka rozwijała się choroba, która skutkowałą przyjęciem go do szpitala w dniu 28 marca 2017 r. W związku ze złym samopoczuciem i koniecznością zapewnienia opieki dzieciom, ubezpieczona składkę za miesiąc luty 2017 r. na ubezpieczenia zdrowotne opłaciła w dniu 13 marca 2013 r. (uwaga SA: winno być 2017 r.). Mając na uwadze, iż 10 marca 2017 r. przypadła w piątek był to najszybszy możliwy termin zapłaty. Uwagę tego sądu zwrócił również fakt, że ubezpieczona nie pozostawała bierna wobec nieuiszczenia składki w terminie, a podjęła działania zmierzające do przywrócenia tego terminu.

Reasumując w ocenie Sądu Okręgowego, przekroczenie terminu, co nie było w sprawie kwestionowane, było faktycznie czasowo nieznaczne, a okoliczności towarzyszące temu uchybieniu należało natomiast uznać za usprawiedliwione sytuacją zdrowotną i rodzinną. Jednocześnie, mimo powyższej bezsprzecznie trudnej dla wnioskodawczyni sytuacji, starała się ona naprawić swój błąd, czego przykładem jest złożony w dniu 16 marca 2017 r. wniosek o przywrócenie terminu. Powyższą postawą wnioskodawczyni potwierdza sumienne podejście do obowiązków ubezpieczeniowych, co dodatkowo – w świetle pozostałych okoliczności – pozwala przyjąć, iż uchybienie jednemu z tych obowiązków (terminowemu opłaceniu jednej miesięcznej składki) miało charakter wypadku, nie nacechowanego złą wolą wnioskodawczyni, a było wyłącznie konsekwencją trudnej sytuacji rodzinnej i zdrowotnej. W ocenie tego Sądu, okoliczności te należało uznać za oczywiście uzasadnione, stanowiące podstawę do wyrażenia zgody na przywrócenie wnioskodawczyni terminu do opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za luty 2017 r.

Następnie sąd pierwszej instancji wskazał, że konsekwencją powyższych ustaleń pozostaje błędne ustalenie okresu podlegania przez wnioskodawczynię dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, który – po w pełni uzasadnionym przywróceniu terminu do opłaty składki za miesiąc luty 2017 r. w warunkach art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej oraz wobec uiszczenia spornej składki – trwał również od 5 do 28 lutego 2017 r.

Mając na uwadze powyższe, sąd zmienił zaskarżoną decyzję i ustalił, iż ubezpieczona A. H. podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą również od 5 do 28 lutego 2017 r., o czym orzekł na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c.

Jednocześnie Sąd Okręgowy ustalił, że podstawa wymiaru składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonej za luty 2017 r. wynosi 2.557,80 zł. Sąd podniósł, że zgodnie z art. 18 ust. 8 ustawy systemowej podstawę

wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe ubezpieczonych, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 5 i 5a, stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek, ogłoszonego w trybie art. 19 ust. 10 na dany rok kalendarzowy. Składka w nowej wysokości obowiązuje od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia danego roku. Zgodnie zaś z art. 41 ust. 1 tej ustawy płatnik składek przekazuje do Zakładu imienne raporty miesięczne, po upływie każdego miesiąca kalendarzowego, w terminie ustalonym dla rozliczania składek. W myśl ust. 3 imienny raport miesięczny zawiera informacje dotyczące płatnika składek określone w art. 43 ust. 4 i 5, miesiąc i rok, których raport dotyczy, oraz:

- 1) numery identyfikacyjne ubezpieczonego z danymi, o których mowa w art. 35 ust. 1 pkt 1;
- 2) nazwisko i imię;
- 3) wymiar czasu pracy;
- 4) zestawienie należnych składek na ubezpieczenia społeczne w podziale na ubezpieczenie: emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe, zawierające dane o:
 - a) tytule ubezpieczenia,
 - b) podstawie wymiaru składek,
 - c) kwocie składki w podziale na należną od ubezpieczonego i płatnika składek oraz z innych źródeł finansowania,
 - d) kwocie obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe, wynikającego z ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o pracowniczych programach emerytalnych (Dz. U. z 2001 r., poz. 623 oraz z 2002 r., poz. 253 i 1178)(45);
- 5) podstawę wymiaru i kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne, z uwzględnieniem podziału na podmioty, które finansują składki;
- 6) (uchylony);
- 7) rodzaje i okresy przerw w opłacaniu składek na ubezpieczenia społeczne;
- 8) informacje o wypłaconych zasiłkach oraz wynagrodzeniach z tytułu niezdolności do pracy wypłaconych na podstawie Kodeksu pracy oraz o zasiłkach finansowanych z budżetu państwa;
- 9) oświadczenie płatnika składek, że dane zawarte w raporcie są zgodne ze stanem faktycznym, potwierdzone podpisem płatnika składek lub osoby przez niego upoważnionej.

W myśl ust. 6 płatnik składek jest zobowiązany złożyć imienny raport miesięczny korygujący w formie nowego dokumentu zawierającego wszystkie prawidłowe informacje określone w ust. 3-5, jeżeli zachodzi konieczność korekty danych podanych w imiennym raporcie miesięcznym w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości:

- 1) przez płatnika składek we własnym zakresie;
- 2) przez Zakład.

Zgodnie z ust. 6a nie koryguje się danych podanych w imiennym raporcie miesięcznym w przypadku stwierdzenia przez płatnika składek we własnym zakresie lub przez Zakład różnicy w podstawie wymiaru składek w wysokości nieprzekraczającej 2,20 zł, z zastrzeżeniem ust. 6b. Przy czym przepisu ust. 6a nie stosuje się w przypadku, gdy podstawę wymiaru składek stanowi zadeklarowana kwota (ust. 6b). Natomiast ust. 7a stanowi, że płatnik składek jest zobowiązany złożyć imienny raport miesięczny korygujący, o którym mowa w ust. 6, w terminie 7 dni od stwierdzenia

nieprawidłowości we własnym zakresie lub otrzymania zawiadomienia o stwierdzeniu nieprawidłowości przez Zakład, z zastrzeżeniem ust. 7b.

Przenosząc powyższe na grunt niniejszej sprawy Sąd Okręgowy podkreślił, że bezspornym pozostawało, iż ubezpieczona po terminie opłacenia składki złożyła korektę ZUS DRA za 02/2017 r., w której wykazała podstawę wymiaru składek 7.680,46 zł, zamiast uprzednio wykazywanej 548,10 zł (tj. za 6 dni podlegania, obliczonej od podstawy wymiaru składek 2.557,80 zł). Ubezpieczona nie wykazała, aby potrzeba złożenia deklaracji była wynikiem jakichkolwiek nieprawidłowości.

Zatem sąd pierwszej instancji uznał, że kwestią wymagającą rozważania pozostawało, czy zmiana podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne raz już zadeklarowana jest prawnie dopuszczalna także w sytuacji, gdy korekta ta nie wynika z błędu lub innej nieprawidłowości w obliczeniach stanowiących podstawę takiej zmiany, czy też brak jest podstaw do uznania takiej korekty za prawidłową i zgodną z obowiązującym stanem prawnym.

Sąd meriti miał na uwadze, że niewątpliwie obowiązek złożenia korekty dokumentów ubezpieczeniowych w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości przy ich sporządzaniu wynika z art. 41 ust. 6 ustawy systemowej i w tej sytuacji płatnik składek zobligowany jest do złożenia dokumentów rozliczeniowych korygujących, tj. deklaracji rozliczeniowej korygującej łącznie z imiennym raportem miesięcznym, w każdym przypadku, jeżeli zachodzi konieczność korekty danych wskutek stwierdzenia nieprawidłowości przez płatnika składek we własnym zakresie lub przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Dokumenty rozliczeniowe korygujące należy złożyć w terminie 7 dni od stwierdzenia nieprawidłowości we własnym zakresie. Analizując brzmienie przytoczonego przepisu, sąd pierwszej instancji uznał, że prawo płatnika do korygowania zadeklarowanej podstawy wymiaru składek jest reglamentowane przepisami prawa ubezpieczeń społecznych - art. 41 ust. 6 ustawy systemowej i nie ma charakteru dowolnego (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 7 lutego 2012 r., III AUa 1167/11). Aby korekta była skuteczna musi ona wynikać z wcześniejszego błędu lub innej nieprawidłowości w obliczeniach.

Sąd pierwszej instancji podniósł, że z okoliczności niniejszej sprawy wynika natomiast, że do dokonania korekt deklarowanych podstaw ubezpieczenia ubezpieczona doszła z uwagi na fakt, że ubezpieczona zmieniła decyzję co do deklarowanej podstawy wymiaru składek. Rzeczywiste motywy korekty nie zostały wprost wyrażone przez ubezpieczoną. Ubezpieczona pierwotnie wskazywała, iż tak poleciła jej księgowa. Z kolei świadek K. P. wskazywała, iż zmiana nastąpiła na prośbę ubezpieczonej. Kolejny powód jaki został podany przez księgową, to brak dochodów z działalności pozwalających na opłacenie składek, z uwagi osiągnięcie przez ubezpieczoną przychodów jedynie w miesiącach letnich, jednak również nie znajdowało to oparcia w zgromadzonym materiale dowodowym. A dodatkowo nie mogło stanowić skutecznej przesłanki uzasadniającej złożenie przedmiotowej korekty.

Mając na uwadze powyższe, w ocenie tego Sądu, fakt dokonania korekty – podwyższenia podstawy wymiaru składek w wyniku swobodnej decyzji ubezpieczonej, a nie w skutek stwierdzenia nieprawidłowości, niezgodności ze stanem faktycznym lub błędów, skutkuje uznaniem braku skuteczności tej korekty.

Z tych też powodów Sąd Okręgowy uznał, iż podstawa wymiaru składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe A. H. za luty 2017 r. wynosi 2.557,80 zł, o czym orzeczono na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c.

Jednocześnie Sąd te oddalił odwołanie na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. co do ustalenia podstawy wymiaru składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe A. H. w wyższej kwocie, albowiem jak zostało wyżej wskazane korekta dokumentów ubezpieczeniowych nie mogła wyrzucić skutków, z uwagi na nie wykazanie nieprawidłowości ani błędów będących przyczyną jej złożenia.

Ponadto sąd pierwszej instancji wyjaśnił, że ustalając stan faktyczny sprawy uwzględnił dokumentację przedłożoną przez ubezpieczoną, znajdującą się w aktach organu rentowego, dowody w aktach sprawy IV U 122/17 oraz zeznania świadka K. P. i przesłuchanie ubezpieczonej. Sąd uznał zgromadzony materiał dowodowy w całości za wiarygodny,

albowiem był spójny i pokrywał się w przeważającej części, nie ujawniły się również okoliczność, które by podważały jego wiarygodność.

O kosztach sąd orzekł na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 100 k.p.c. Zgodnie z zasadą odpowiedzialności stron za wynik procesu, wobec wygranej przez organ sporu w przeważającej części, Sąd uwzględnił wniosek pełnomocnika organu rentowego i przyznał organowi zwrot kosztów procesu, obejmujący koszt zastępstwa procesowego pełnomocnika będącego radcą prawnym. Wysokość tych kosztów ustalono w oparciu o stawkę przewidzianą w § 2 ust. 4 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 ze zm.), mając na uwadze wartość przedmiotu sporu wynoszącą 7.218 zł.

Z powyższym wyrokiem Sądu Okręgowego w Gorzowie Wielkopolskim w zakresie pkt. I, II i IV nie zgodził się Zakład Ubezpieczeń Społecznych, który w wywiedzionej apelacji zarzucił mu:

- naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przyjęcie, że istnieją podstawy do zmiany zaskarżonej przez ubezpieczoną decyzji i stwierdzenia, że ubezpieczona podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej od 5 do 28 lutego 2017 r. oraz że istnieją podstawy do zmiany tej decyzji i stwierdzenia, iż podstawa wymiaru składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonej za luty 2017 r. wynosi 2.557,80 zł podczas, gdy organ rentowy prawidłowo uznał, że podstawa ta za miesiąc luty 2017 r. wynosi 0 zł.

Wskazując na powyższe apelujący wniósł o:

- zmianę wyroku w zaskarżonej części i oddalenie odwołania ubezpieczonej

ewentualnie:

- uchylenie wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania,
- zasądzenie kosztów procesu wraz z kosztami zastępstwa procesowego za obie instancje według norm przepisanych.

W uzasadnieniu skarżący między innymi podniósł, że ubezpieczona uiściła składkę na ubezpieczenie chorobowe za miesiąc luty 2017 r. w dniu 13 marca 2017 r., a więc po upływie zakreślonego przez ustawodawcę terminu przypadającego w analizowanej sprawie na dzień 10 marca 2017 r. Jednocześnie apelujący podkreślił, że zarówno sąd pierwszej instancji, jak i organ rentowy ustalili, że ubezpieczona przebywała na leczeniu szpitalnym w okresie od 28 lutego do 3 marca 2017 r., a więc od momentu opuszczenia szpitala, pozostawał jeszcze tydzień czasu na stosowne opłacenie składek. W ocenie organu trudno zgodzić się ze stanowiskiem sądu pierwszej instancji, że stan zdrowia ubezpieczonej uniemożliwiał opłacenie należnej składki na ubezpieczenie chorobowe, tym bardziej, że stosownej operacji polegającej na złożeniu przelewu środków można dokonać w formie elektronicznej. Ponadto jak wskazała ubezpieczona już we wniosku z dnia 14 marca 2017 r. skierowanym do organu rentowego o przywrócenie terminu „do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego za miesiąc luty 2017 r.”, dostęp do konta miał również małżonek ubezpieczonej. Przy czym skarżący zarzucił, że przy wyrokowaniu sąd pierwszej instancji pominął okoliczność, iż ubezpieczona wraz z mężem i dziećmi udała się do matki męża w dniu 10 marca 2017 r. Z tego elementu stanu faktycznego można też wysnuć wniosek, że skoro stan zdrowia ubezpieczonej pozwalał na opuszczenie swojego miejsca zamieszkania, to tym bardziej istniała możliwość złożenia stosownej dyspozycji przelewu środków z tytułu składki należnej na ubezpieczenie chorobowe.

W tym stanie rzeczy, zdaniem organu rentowego brak było podstaw do uznania, że zachodzą przesłanki do wyrażenia ubezpieczonej zgody na opłacenie składek na ubezpieczenie chorobowe po upływie ustawowego terminu, a w konsekwencji do zmiany decyzji organu rentowego w zaskarżonej części.

W odpowiedzi na apelację A. H., działając przez pełnomocnika, wniosła o jej oddalenie oraz zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych podnosząc, że istotą niniejszej sprawy jest wniosek o przywrócenie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego za miesiąc, który był zapłacony po terminie, a nie tylko i wyłącznie podstawy od jakich były płacone składki. Zdaniem ubezpieczonej uzasadnienie apelacji nie jest tożsame z

jej zarzutami, które odnoszą się do ustalonego wymiaru składek, a zakres apelacji odnoszący się do pkt I wyroku nie wskazuje na czym miałyby polegać wadliwość zaskarżonego rozstrzygnięcia.

Odwołująca się podkreśliła, że okoliczność związana z jej zabiegiem operacyjnym i stanem jej zdrowia po powrocie ze szpitala nie był jedyną przyczyną opóźnienia w zapłacie składki. Ubezpieczona „opuściła miejsce zamieszkania” ze względu na to, że nie miała możliwości sprawować osobistej opieki nad trojgiem dzieci, w tym jednym niepełnosprawnym i sama tej opieki wymagała. Zatem trudno zgodzić się z uwagami organu rentowego, biorąc pod uwagę potrzebę opieki nad samą ubezpieczoną. W ocenie ubezpieczonej zachodzą przesłanki do uznania, że zasadne jest jej przywrócenie do ubezpieczenia zdrowotnego.

Jednocześnie ubezpieczona podkreśliła, że przepis art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej nie powinien być traktowany z nadmiernym rygoryzmem, w tym znaczeniu że niejako automatycznie prowadzi do wyłączenia z ubezpieczenia, bez względu na okoliczności. Trzeba zatem wziąć pod uwagę te szczególne wypadki, gdy z przyczyn niezależnych uiszczenie składki nie następuje. Jest to tym bardziej uzasadnione gdy niedopatrzenie to zostaje naprawione, nie ma ono charakteru działania specjalnego, a nadto w historii płatnika zdarzenie to jest jednorazowe (w ten sposób - wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 27 października 2016 r., LEX nr 2157790). Nie określono przesłanek uzasadniających "wyrażenie zgody" na opłacenie składek po terminie. Nie budzi jednak wątpliwości, że ocena tej przesłanki musi być dokonana według sprawdzalnych i sprawiedliwych kryteriów. Przepisy nie uzależniają też wyrażenia zgody od braku winy po stronie wnioskodawcy. Ustawa wymaga jedynie, aby był to przypadek uzasadniony, czyli taki, który obiektywnie usprawiedliwia i tłumaczy dlaczego składka nie została zapłacona w terminie.

Sąd Apelacyjny rozważył, co następuje:

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd pierwszej instancji ustalając stan faktyczny oparł się na całokształcie zebranego materiału dowodowego, należycie go rozważył i wskazał jakim środkiem dowodowym dał wiarę, przedstawiając prawidłową ich ocenę, którą właściwie uargumentował. Całość podjętych ustaleń faktycznych tego Sądu przedstawiona w pisemnym uzasadnieniu wyroku zasługuje na akceptację. Ustalenia te jako prawidłowe i znajdujące oparcie w materiale dowodowym Sąd Apelacyjny podziela przyjmując za własne, w związku z czym nie ma konieczności ich ponownego przytaczania w całości (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 22 lutego 2010 r., I UK 233/09, OSNP 2011/17-18/234; z dnia 24 września 2009 r., II PK 58/09, OSNP 2011/9-10/124; z dnia 5 listopada 1998 r., I PKN 339/98, OSNAP 1999/24/776 i postanowienie z dnia 22 kwietnia 1997 r., II UKN 61/97, OSNP 1998/3/104). Analiza akt postępowania wskazuje, że nie wystąpiło w niej również naruszenie przepisów prawa materialnego.

Zarzut apelacji naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. okazał się chybiony. Skuteczne postawienie zarzutu naruszenia przez sąd zasad określonych w art. 233 k.p.c., wymaga wykazania, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego. Tylko te uchybienia mogą być przeciwstawiane uprawnieniu sądu do dokonywania swobodnej oceny dowodów. Nie jest natomiast wystarczające przekonanie strony o innej niż przyjął to sąd wadze poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie niż ocena sądu (tak też Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 6 listopada 1998 r., II CKN 4/98, LEX nr 322031).

Sąd Okręgowy przy ocenie dowodów nie naruszył zasad wskazanych powyżej. W swym uzasadnieniu Sąd Okręgowy jasno i logicznie przedstawił jakie dowody uznał za istotne i wiarygodne w sprawie. W ocenie sądu odwoławczego ocena materiału dowodowego dokonana przez sąd pierwszej instancji odpowiada zasadom logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego. Sąd Okręgowy słusznie w oparciu o zgromadzony materiał dowodowy przyjął, iż w sprawie wystąpił "uzasadniony przypadek", o jakim mowa w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej do wyrażenia zgody przez ZUS na opłacenie przez wnioskodawczynię składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc luty 2017 r. po terminie.

Nie są trafne zarzuty apelacji dotyczące braku podstaw do stwierdzenia, że ubezpieczona podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej od 5 do 28 lutego 2017 r. Należy

podkreślić, że zgodnie z utrwalonym orzecznictwem (np. stanowisko Sądu Najwyższego zawarte w wyroku z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00, OSNP 2003/10/257), w razie złożenia wniosku o przywrócenie terminu do opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie społeczne, pozytywna decyzja organu ubezpieczeń społecznych powoduje kontynuowanie dotychczasowego stosunku ubezpieczenia pod warunkiem opłacenia należnych składek, natomiast negatywna decyzja potwierdza ustanie z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia społecznego i może być zaskarżona w sądowym postępowaniu odwoławczym. W postępowaniu tym odmowa wyrażenia zgody na opłacenie składki ubezpieczeniowej po terminie podlega kontroli sądu, przy czym zaakcentować należy, że przedmiotem zaskarżonej w niniejszym postępowaniu decyzji jest ustalenie, że A. H. podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu w okresach wymienionych w decyzji do 4 lutego 2017 r. oraz ustalenie podstawy wymiaru składek. Jednocześnie w uzasadnieniu decyzji organ nie wyraził zgody na opłacenie składek po terminie za miesiąc luty 2017 r.

Przedmiotem badania sądu w toku postępowania odwoławczego od decyzji winno być to, czy spełnione zostały przesłanki do wyrażenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych do opłacenia po terminie składki, wynikające z art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, czy też nie. Przepis ten stanowi, że ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe 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; w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, z zastrzeżeniem ust. 2a.

Słusznie sąd pierwszej instancji zwrócił uwagę, że z cytowanego przepisu nie wynika, iż podstawą wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie są tylko okoliczności o charakterze wyjątkowym, nadzwyczajnym. Ustawodawca wskazał jedynie na uzasadnione przypadki, które muszą podlegać ocenie indywidualnie w każdej sprawie. Dla wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie musi zaistnieć przyczyna nieopłacenia składki, która usprawiedliwia niedotrzymanie terminu. Winna to być przyczyna o charakterze obiektywnym i nie mogą uzasadniać przywrócenia terminu okoliczności spowodowane winą umyślną ubezpieczonego. Oczywiście jest, iż przyczynę przywrócenia terminu do opłacenia składki stanowią okoliczności związane z przebiegiem samego ubezpieczenia i przyczynami uchybienia owego terminu (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 sierpnia 2015 r., III UK 233/14, LEX nr 1784526).

Sąd Okręgowy dokonał prawidłowych ustaleń w powyższym zakresie, nie przekraczając zasady swobodnej oceny dowodów, której granice określone zostały w art. 233 § 1 k.p.c.

W niniejszym przypadku zaistniały takie usprawiedliwione i uzasadnione okoliczności. Przyczyną nieopłacenia składki był w szczególności stan zdrowia wnioskodawczynie oraz jej sytuacja rodzinna. A. H. przebywała na początku marca w szpitalu po zabiegu, gorączkowała, była osłabiona. Jest matką trójki małych dzieci (w wieku 1,5 roku, 3 lata, 4 lata). W tym samym czasie jedna z córek zachorowała i wymagała hospitalizacji. Ubezpieczona sama potrzebowała pomocy teściowej. W czasie choroby nie była też w stanie opiekować się trójką dzieci. Ubezpieczona podjęła działania zmierzające do przywrócenia terminu, składkę za miesiąc luty opłaciła 13 marca 2013 r., czyli w najszybszym możliwym terminie.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych całkowicie zignorował te okoliczności.

Sąd Apelacyjny w składzie rozpoznającym niniejszą sprawę podziela stanowisko, że przepis art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej nie powinien być traktowany z nadmiernym rygoryzmem, w tym znaczeniu, iż niejako automatycznie prowadzi do wyłączenia z ubezpieczenia, bez względu na okoliczności. Należy wziąć pod uwagę posiadające uzasadnienie i usprawiedliwienie przypadki, z powodu których składka nie jest uiszczona w terminie. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, w przypadku wnioskodawczynie zachodzi uzasadniony przypadek, o którym mowa w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej. Nie można także pominąć tej okoliczności, że organ rentowy odmówił ubezpieczonej przywrócenia terminu do opłacenia składki po terminie wówczas, gdy ubezpieczona złożyła korektę deklaracji wskazując wyższą jej podstawę. A okoliczność ta winna być bez wpływu na ocenę sytuacji ubezpieczonej przy rozpoznawaniu wniosku o przywrócenie terminu.

Mając na względzie powyższe Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację jako bezzasadną.

O kosztach orzeczono zgodnie z zasadą wynikającą z art. 98 k.p.c. przy uwzględnieniu § 10 ust. 1 pkt 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 ze zm.).

SSO del. Aleksandra Mitros SSA Urszula Iwanowska SSA Barbara Białecka