

Sygn. akt *III AUa 1923/15*

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 11 października 2016 r.

**Sąd Apelacyjny w Poznaniu III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych**

w składzie:

Przewodniczący: SSA Dorota Goss-Kokot

Sędziowie: SSA Jolanta Cierpiał

del. SSO Katarzyna Schönhof-Wilkans (spr)

Protokolant: st. sekr. sądowy Krystyna Kałużna

po rozpoznaniu w dniu 11 października 2016 r. w Poznaniu

sprawy **M. B.**

przeciwko **Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w P.**

o podleganie ubezpieczeniu społecznemu

na skutek apelacji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w P.

od wyroku Sądu Okręgowego w Poznaniu

z dnia 19 maja 2015 r. sygn. akt VII U 4492/14

1. **oddala apelację;**

2. **zasądza od pozwanego na rzecz M. B. kwotę 230,66 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu odwoławczym.**

del. SSO Katarzyna Schönhof-Wilkans	SSA Dorota Goss-Kokot	SSA Jolanta Cierpiał
-------------------------------------	-----------------------	----------------------

## UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 16 lipca 2014 r. (znak (...) - (...)) Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w P. na podstawie art. 83 ust.1 pkt 2 i ust. 2 w związku z art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 8 ust. 6 pkt 1, art. 11 ust. 2, art. 12 ust. 1, art. 14 ust. 1 i 2, art. 36 ust. 1 i ust. 11 oraz art. 123 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity Dz. U. z 2013 r., poz. 1442 z późn. zm.) w związku z art. 10 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz. U. z 2013 r., poz. 267) stwierdził, że **M. B.** podlega obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej w okresie od 10 listopada 2008 r. do nadal oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w następujących okresach: od 10 listopada 2008 r. do 31 lipca 2013 r. i ponownie od 7 listopada 2013 r. do nadal. Nadto Zakład stwierdził, że **M. B.** nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 1 sierpnia 2013 r. do 6 listopada 2013 r. Organ rentowy

uzasadniał, że dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustało od dnia 1 sierpnia 2013 r., albowiem za miesiące 08/2013 i 09/2013 składka na ubezpieczenie społeczne, w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, została opłacona w zaniżonej wysokości, a następnie uzupełniona wpłatą po upływie ustawowego terminu płatności.

M. B. reprezentowana przez radcę prawnego wniosła odwołanie od w/w decyzji, domagając się jej uchylenia oraz zasądzenia od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na rzecz odwołującej kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie, podtrzymując dotychczasową argumentację.

Sąd Okręgowy w Poznaniu, VII Wydział Ubezpieczeń Społecznych, wyrokiem z dnia 19 maja 2015 r. w sprawie VII U 4492/14, zmienił zaskarżoną decyzję, w ten sposób, że ustalił, iż odwołująca M. B. podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 10 listopada 2008 roku nieprzerwanie do dnia wydania decyzji w dniu 16 lipca 2014 roku (pkt 1 wyroku) oraz zasądził od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w P. na rzecz odwołującej M. B. kwotę 180 zł (słownie: sto osiemdziesiąt złotych) tytułem kosztów zastępstwa procesowego (pkt 2 wyroku).

***U podstaw powołanego rozstrzygnięcia legły następujące ustalenia faktyczne i rozważania prawne:***

Odwołująca M. B. dokonała z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych oraz wyraziła wolę podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 10 listopada 2008 r. Składki na ubezpieczenie społeczne, w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiące 08/2013 r. i 09/2013 r. zostały opłacone w zaniżonej wysokości, a następnie uzupełnione wpłatą po terminie. Wszystkie pozostałe składki, w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, były regulowane terminowo. Opóźnienie w opłaceniu pełnej składki za miesiąc sierpień i wrzesień 2013 r. było spowodowane błędem osoby prowadzącej księgowość firmy odwołującej (siostry odwołującej). O okolicznościach błędu odwołująca dowiedziała się przy okazji sporządzaniu dokumentacji rozliczeniowych w związku z podwyższeniem wynagrodzenia pracownikowi T. B..

W dniu 7 listopada 2013 r. odwołująca dokonała zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej od dnia 1 października 2013 r.

W okresie od 4 grudnia 2013 r. do 4 lutego 2014 r. odwołująca była niezdolna do pracy w związku z ciążą. Decyzją z dnia 6 marca 2014 r. nr znak (...) organ rentowy odmówił M. B. prawa do zasiłku chorobowego za okres od grudnia 2013 r. do 4 lutego 2014 r. Od powyższej decyzji M. B. złożyła w ustawowym trybie i terminie odwołanie do Sądu Rejonowego Poznań - Grunwald i Jeżyce w Poznaniu, VI Wydział Ubezpieczeń Społecznych. W toku postępowania Sędzia Przewodniczący zarządzeniem z dnia 29 maja 2014 r. w sprawie prowadzonej pod sygnaturą VI U 804/14, zwrócił na podstawie art. 467 § 4 k.p.c. akta ZUS, celem uzupełnienia materiału sprawy, poprzez m.in. dołączenie prawomocnej decyzji w przedmiocie podlegania przez odwołującą dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej.

W dniu 18 czerwca 2014 r. organ rentowy zawiadomił M. B. o wszczęciu postępowania w celu wykonania zarządzenia Sędziego Przewodniczącego z dnia 29 maja 2014 r., zaś pismem z dnia 30 czerwca 2014 r. organ rentowy zawiadomił M. B. o zakończeniu postępowania. W dniu 16 lipca 2014 r. organ rentowy w odpowiedzi na zarządzenie Sędziego Przewodniczącego wydał zaskarżoną w niniejszej sprawie decyzję w przedmiocie podlegania przez odwołującą dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. W związku z wniesieniem do Sądu Okręgowego odwołania od tej decyzji, Sąd Rejonowy Poznań - Grunwald i Jeżyce w Poznaniu, VI Wydział Ubezpieczeń Społecznych, postanowieniem z dnia 29 września 2014 r. (sygn. akt VI U 1529/14) zawiesił sprawę z odwołania M. B. od decyzji z dnia 6 marca 2014 r. do czasu prawomocnego rozstrzygnięcia przez Sąd Okręgowy w Poznaniu sporu będącego przedmiotem niniejszego postępowania.

Mając na względzie powyżej ustalony w sprawie stan faktyczny, Sąd Okręgowy stwierdził, że odwołanie M. B. zasługiwało na uwzględnienie. Jako podstawy rozstrzygnięcia Sąd Okręgowy przywołał treść art. 6 ust. 1 pkt 5 w

zw. z art. 11 ust 2 i art. 14 ust 1-3 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 1442 z późn. zm.) i wskazał na okoliczności bezsporne w sprawie, tj. na to, że M. B. nie opłaciła w terminie i w pełnej wysokości składki za sierpień i wrzesień 2013 r. na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe i uzupełnienie składek nastąpiło wpłatą po ustawowym terminie płatności. Bezspornym pozostawało również to, że organ rentowy bezpośrednio po rzekomej przerwie spowodowanej nieopłaceniem składek w terminie, nie wydał decyzji o niepodleganiu przez wnioskodawczynię ubezpieczeniu społecznemu, w tym dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Odwołująca prowadząc działalność gospodarczą oraz opłacając w pełnej wysokości pozostałe składki zarówno na ubezpieczenia społeczne jak i dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, kontynuowała wolę pozostawania w ubezpieczeniu. Decyzja o niepodleganiu dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu została wydana dopiero po zobowiązaniu przez Sąd Rejonowy Poznań - Grunwald i Jeżyce w Poznaniu, VI Wydział Ubezpieczeń Społecznych w toku postępowania sądowego od decyzji z dnia 6 marca 2014 r.

Mając na uwadze powyższe bezsporne okoliczności, Sąd Okręgowy uznał, że stanowisko organu rentowego stwierdzające niepodleganie M. B. dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od dnia 1 sierpnia 2013 r. do dnia 6 listopada 2013 r. jest błędne. Niezasadnie, zdaniem Sądu Okręgowego, organ rentowy nie wziął bowiem pod uwagę szczególnych okoliczności sprawy, tj.: po pierwsze, że odwołująca dokonała uzupełnienia składek za opóźnienie, jak tylko powzięła wiadomość o niedopłacie, a po drugie, że opóźnienie wynikało z błędu osoby odpowiedzialnej za prowadzenie księgowości odwołującej i nie było działaniem nastawionym na oszukanie systemu ubezpieczeń społecznych. Sąd Okręgowy podkreślił także, że wola odwołującej, która przez cały okres prowadzenia działalności gospodarczej regularnie opłacała składki na ubezpieczenie społeczne, w tym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, została w sposób wystarczający wykazana w dokonywanych przez nią czynnościach. Nadto Sąd Okręgowy wskazał, że okoliczność podlegania ubezpieczeniu chorobowemu nie była aż do dnia 18 czerwca 2014 r. (data zawiadomienia o wszczęciu postępowania) przedmiotem zainteresowania pozwanego, gdyż na konieczność wydania decyzji w przedmiocie podlegania ubezpieczeniu chorobowemu zwrócił pozwanemu uwagę dopiero Sąd Rejonowy Poznań - Grunwald i Jeżyce w Poznaniu, VI Wydział Ubezpieczeń Społecznych, zarządzeniem wydanym w dniu 29 maja 2014 r. (sygn. VI U 804/14). Z kolei dokonane w dniu 7 listopada 2013 r. zgłoszenie przez odwołującą wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym ze skutkiem od 1 października 2013 r., (na które pozwany powołuje się, chcąc uzasadnić przerwę w dobrowolnym ubezpieczeniu chorobowym), nie było bezpośrednim powodem wydania decyzji w przedmiocie zakwestionowania okresu nieopłacanych w całości składek.

Z powyższych okoliczności Sąd Okręgowy wysnuł wniosek, iż dokonanie zaewidencjonowania przez pozwanego uzupełnienia składek za miesiące sierpień i wrzesień 2013 r. i niekwestionowanie faktu podlegania ubezpieczeniu chorobowemu, uzasadnia przekonanie ubezpieczonej, że mogła ona pozostawać w przeświadczeniu, że w zakresie uregulowania należności dopełniła wszelkich wymaganych ustawą formalności i do przerwy w dobrowolnym ubezpieczeniu chorobowym nie doszło.

W tym stanie sprawy Sąd Okręgowy uznał, że decyzja ZUS jest nieprawidłowa i krzywdząca dla odwołującej i należało ją zmienić, dlatego Sąd Okręgowy uznał, że nie doszło do przerwy w podleganiu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 1 sierpnia 2013 r. do 6 listopada 2013 r. Sąd Okręgowy stwierdził, że z okoliczności sprawy wynika, że istniała w tym zakresie zgodna wola stron, tj. zarówno płatnika składek, jak i organu rentowego - organ rentowy zaewidencjonował i przyjął wpłatę uzupełniającą składek i gdyby nie zarządzenie Sędziego Przewodniczącego, do zakwestionowania faktu podlegania ubezpieczeniu chorobowemu nigdy by nie doszło. Można zatem przyjąć, że wola kontynuowania ubezpieczenia przez organ rentowy była wyrażona w sposób dorozumiany.

W dalszej części uzasadnienia Sąd Okręgowy odniósł się do podnoszonych w toku postępowania zarzutów naruszenia przepisów postępowania administracyjnego i wskazał na przyczyny, dla których rozstrzygnięcie w sprawie zostało temporalnie ograniczone do daty wydania zaskarżonej decyzji.

Uwzględniając powyższe rozważania, Sąd Okręgowy - na podstawie powołanych przepisów i art. 477<sup>14</sup> § 2 k.p.c. - zmienił zaskarżoną decyzję, o czym orzekł w punkcie 1 sentencji wyroku. W punkcie 2 wyroku z kolei Sąd Okręgowy orzekł o kosztach postępowania.

Apelację od powyższego rozstrzygnięcia, zaskarżając wyrok w punkcie 1, wywiódł pozwany organ rentowy, który wskazał, iż doszło w jego ocenie w sprawie do następujących naruszeń:

- naruszenie prawa materialnego, tj. art. 14 ust. 2 pkt. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity Dz. U. 2013 r. poz. 1442 z późniejszymi zmianami) poprzez przyjęcie, że mimo opłacenia po terminie i w niepełnej wysokości składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiące sierpień i wrzesień 2013r. odwołująca podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu nieprzerwanie od dnia 10 listopada 2008r. do dnia wydania decyzji,

- naruszenie przepisów postępowania, polegające na przekroczeniu zasady swobodnej oceny dowodów wyrażonej w art. 233§ 1 k.p.c.

W uzasadnieniu apelacji organ rentowy podkreślał, że błędnie Sąd Okręgowy wskazywał na szereg zaniechań organu rentowego dotyczących wyrażenia zgody na opłacenie po terminie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe (składek, które bezspornie za miesiąc sierpień i wrzesień 2013 r. nie zostały przez odwołującą opłacone w pełnej wysokości oraz w ustawowym terminie), nie zauważając, że odwołująca nie składała nigdy takiego wniosku, zatem organ rentowy nie rozpoznawał sprawy w kontekście przywrócenia terminu na opłacenie składek. Organ rentowy podkreślał, że konsekwencją nieopłacenia składek w terminie, bądź w pełnej wysokości, wynikającą z przepisów prawa, jest wyłączenie z ubezpieczenia chorobowego czy ubezpieczeń społecznych, zatem niezasadnie Sąd I instancji zaskarżonym wyrokiem uznał, iż odwołująca nieprzerwanie od dnia 10.11.2008 r. do dnia wydania decyzji, tj. do dnia 16.07.2014 r., podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Z uwagi na powyższe zarzuty, organ rentowy wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie odwołania lub uchylenie wyroku Sądu I instancji i przekazanie sprawy temu Sądowi do ponownego rozpoznania.

W odpowiedzi na apelację, pełnomocnik odwołującej wniósł o jej oddalenie oraz o zasądzenie od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na rzecz odwołującej kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Nadto pismem z dnia 11 października 2016 r. pełnomocnik odwołującej złożył wniosek o zwrot kosztów podróży poniesionych w postępowaniu prowadzonym przez Sąd Apelacyjny w Poznaniu.

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

Po wnikliwej analizie okoliczności faktycznych sprawy i argumentów stron postępowania, Sąd Apelacyjny stwierdza, iż wniesiona apelacja nie zasługiwała na uwzględnienie.

Jak słusznie wskazał Sąd Okręgowy w przedmiotowej sprawie, bezsporne jest to, że odwołująca M. B. od 10 listopada 2008 r. prowadzi działalność gospodarczą i z tego tytułu dokonała zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Zatem od tego dnia, zgodnie z treścią art. 6 ust 1 pkt 5 i art. 11 ust 2 w zw. z art. 14 ust 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j.Dz. U. 2016, poz. 963 z późn. zm. – dalej ustawa systemowa) podlegała obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym i dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Warunkiem trwania w ciągłości ubezpieczeniowej jest regularne opłacanie składek na ubezpieczenia, gdyż jak stanowi art. 14 ust 2 ustawy systemowej, ubezpieczenie emerytalne i rentowe oraz chorobowe ustaje:

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 i 10; 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.

Bezsporne w przedmiotowej sprawie jest to, że odwołująca nie zapłaciła w pełnej wysokości składki za miesiąc sierpień i wrzesień 2013 r. Mając zatem na względzie treść art. 14 ust 2 pkt 2 ustawy systemowej, ochrona ubezpieczeniowa odwołującej powinna ustać od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie. W orzecznictwie przyjmuje się, że w zawartym w powyższym przepisie sformułowaniu „nieopłacenie w terminie składki należnej” mieszczą się trzy sytuacje: nieopłacenie w terminie składki w ogóle za dany miesiąc, opłacenie składki w niepełnej wysokości oraz opłacenie składki z przekroczeniem terminu (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 kwietnia 2012 r., II UK 188/11, LEX nr 1217208; wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 23 kwietnia 2013 r., III AUa 1067/12, LEX nr 1313228). W przedmiotowej sprawie mamy do czynienia z sytuacją, w której odwołująca wprawdzie opłaciła składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, ale opłaty dokonała w niepełnej wysokości, co wynikało z błędu księgowej prowadzącej jej księgi. Z uwagi na powyższe, organ rentowy, mając na względzie art. 14 ust 2 pkt 2 ustawy systemowej, uznał, że ochrona ubezpieczeniowa odwołującej ustała.

Sąd Apelacyjny zauważa jednak, że w orzecznictwie przyjmuje się, aby nie traktować powyższego przepisu z nadmiernym rygoryzmem, to znaczy, żeby nie przyjmować automatycznie, że fakt nieopłacenia składki, prowadzi do wyłączenia z ubezpieczenia, bez względu na okoliczności, zwłaszcza w sytuacji, gdy składka została opłacona, jednak w niższej niż należna wysokości. Wskazuje się, aby zawsze w danej sprawie brać pod uwagę te szczególne wypadki, gdy z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego, nie następuje w danym miesiącu uiszczenie składki lub następuje jej opłacenie, ale w zaniżonej wysokości. Jest to tym bardziej uzasadnione, gdy niedopatrzenie zostaje naprawione, nieomal natychmiast, po upływie terminu i gdy nie ma ono charakteru działania specjalnego, mającego niejako „oszukać” system ubezpieczeń społecznych, a ponadto w historii płatnika zdarzenie to jest jednorazowe (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 stycznia 2016 r., I UK 35/15, LEX 2004234, wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 3 sierpnia 2016 r., III AUa 384/16, LEX nr 2096157, wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 22 lipca 2015 r., III AUa 387/15, LEX nr 1770999).

Zauważyć należy, że ustawodawca w zdaniu drugim przywołanego powyżej art. 14 ust 2 pkt 2 ustawy systemowej, które brzmi: „w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, z zastrzeżeniem ust. 2a”, dopuścił możliwość przywrócenia terminu do opłacenia składki po terminie. Regułą jest zatem, że w sytuacji, gdy ubezpieczony uświadomi sobie, że nie uiszczył składki w terminie – powinien złożyć do organu rentowego wniosek o przywrócenie terminu na opłacenie składki. Zakład wydaje wówczas decyzję deklaratoryjną i w sytuacji, gdy wyrazi zgodę na opłacenie składki po terminie, nie aktywuje się skutek zapisany w art. 14 ust 2 pkt 2, tj. ochrona ubezpieczeniowa nie ustaje i zachowana jest ciągłość ochrony.

Jak słusznie wskazał apelujący organ rentowy, w przedmiotowej sprawie odwołująca jednak takiego wniosku nie złożyła wprost. Zauważyć jednak należy, że odwołująca jak tylko zorientowała się, że należna na ubezpieczenie składka została zapłacona w zaniżonej wysokości, niezwłocznie uiszczyła brakującą należność i organ rentowy przyjął tę wpłatę, nie kwestionując jej zasadności. Sąd Apelacyjny, podobnie jak Sąd Okręgowy, jest zatem zdania, iż mimo to, że odwołująca wprost nie zwróciła się do organu rentowego o przywrócenie terminu do uiszczenia składki, poprzez swoje działanie, złożyła dorozumiany wniosek o przywrócenie terminu do dokonania tej czynności i organ rentowy przez swoje działanie – to jest poprzez niekwestionowanie tej wpłaty – uwzględnił jej wniosek. Tym samym Sąd Apelacyjny zgodził się ze stanowiskiem Sądu Okręgowego, że wyjątkowo w przedmiotowej sprawie w przypadku ustalenia, że dokonana została czynność faktyczna, to jest została uiszczona brakująca części składki – organ rentowy powinien potraktować tę czynność jako wniosek o przywrócenie terminu, zwłaszcza, że organ rentowy, co Sądowi wiadomo z doświadczenia życiowego, w ramach swojej działalności często przypisuje określonym czynnościom faktycznym/ określonym zdarzeniom, prawidłowe znaczenie i traktuje je jako wnioski w sprawie. Innymi słowy, Sąd Apelacyjny jest

zdania, że w niniejszej sprawie zaistniały wyjątkowe, usprawiedliwione i uzasadnione okoliczności, które pozwalają na przyjęcie, że wniosek o przywrócenie terminu do uiszczenia składki został złożony i organ rentowy go uwzględnił. Jak wskazano powyżej, wynika to z tego, iż organ rentowy przez swoje zachowanie – niekwestionowanie dokonanych wpłat - dał odwołującej do zrozumienia, że przyjął brakującą część składki i tym samym jej ochrona ubezpieczeniowa jest dalej kontynuowana. Tym samym, wydając zaskarżoną decyzję, organ rentowy, zdaniem Sądu Apelacyjnego, wobec ustalenia, że odwołująca opłaciła składki w kwocie niższej od należnej, a następnie wobec ustalenia, że dokonała ona wyrównania, błędnie zinterpretował powyższe jako nieopłacenie składki i tym samym przyjął skutek przewidziany w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy, zwłaszcza, że uczynił to dopiero - co jest niezwykle istotne - po tym, jak został zobowiązany przez Sąd Rejonowy Poznań – Grunwald i Jeżyce w Poznaniu do przedłożenia prawomocnej decyzji w przedmiocie podlegania przez odwołującą dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Wcześniej organ rentowy, jak słusznie podkreślał Sąd Okręgowy, nie kwestionował dokonanej wpłaty brakującej części składki, co pozwala przyjąć, że w ten sposób uznał czynność dokonaną przez odwołującą za prawidłową.

W tym miejscu Sąd Apelacyjny wskazuje, że Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 8 grudnia 2015 r. (II UK 443/14, LEX nr 1962525) wskazywał, że 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. Pogląd ten Sąd odwoławczy jak najbardziej podziela. Jeżeli bowiem taka jest wola ubezpieczonego, to nie może jej być przeciwstawiona decyzja organu ubezpieczeń społecznych o odmowie przyjęcia uzupełnienia składki w późniejszym terminie. Deklaratoryjna decyzja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w przedmiocie zgody na późniejsze opłacenie składki, której skutek polega na zniwelowaniu faktu ustania ubezpieczenia, w tym wypadku potwierdza jedynie uprawnienia danej osoby (por. K. Antonów, Dobrowolne i kontynuowane ubezpieczenia społeczne, PUSiG 2001 nr 11, s. 3; T. Bińczycka, Dobrowolne ubezpieczenie społeczne w polskim systemie prawnym, PUSiG 1997 nr 5, s. 25).

Zauważyć należy, że w przywołanym rozstrzygnięciu Sąd Najwyższy orzekł w bardzo zbliżonym, jak w przedmiotowej sprawie stanie faktycznym, albowiem w sprawie rozpoznawanej przez Sąd Najwyższy odwołująca ubezpieczona opłaciła składkę w terminie, ale w niepełnej wysokości i złożyła wniosek o przywrócenie terminu do uiszczenia brakującej części składki, który to wniosek nie został uwzględniony przez organ rentowy i decyzja ta została utrzymana przez Sąd odwoławczy. Dopiero Sąd Najwyższy był odmiennego zdania. Sąd Najwyższy podkreślał zatem, że istnieją racje systemowe uzasadniające interpretację skutku określonego w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z uwzględnieniem woli ubezpieczonego, jako przesłanki ustania ubezpieczenia w zgodzie z celem jego czynności. Tym samym, ustalenie, że składka na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, w wypadku odwołującej - została opłacona, nakazuje przyjąć, że ubezpieczona nie wyraziła woli wyłączenia się z ubezpieczenia. Przeciwnie, jej wola kontynuacji dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego została wyrażona we właściwym czasie i formie, a tylko z błędem w wyliczeniu należnej kwoty.

W przywołanym uzasadnieniu Sąd Najwyższy wskazywał także, iż fakty ustalone w sprawie należy odnieść do art. 60 i 65 k.c. Stosownie do ich treści, wola osoby dokonującej czynności prawnej może być wyrażona przez każde zachowanie, które ujawnia ją w sposób dostateczny, oraz że oświadczenie woli należy tłumaczyć tak, jak wymagają tego okoliczności, w których zostało złożone, zasady współżycia społecznego i ustalone zwyczaje.

Przenosząc powyższe na grunt niniejszej sprawy, Sąd Apelacyjny wskazuje, że w jego ocenie ubezpieczona swym zachowaniem nie wyraziła w sposób dostateczny woli dokonania czynności prawnej przypisanej jej przez organ rentowy (wyłączenie z ubezpieczenia chorobowego). Wręcz przeciwnie, jej zachowanie wskazywało na zamiar osiągnięcia innego skutku, co wprost uzewnętrzniła, bowiem opłaciła w terminie składkę (wyraziła więc wolę objęcia jej ubezpieczeniem chorobowym), jednak dokonała tego w niższej niż należąca wysokość, (co wynikało z błędu księgowej prowadzącej jej sprawy finansowe) i niezwłocznie - gdy tylko uświadomiła sobie, że dokonała wpłaty w niższej niż należąca wysokość, opłaciła brakującą część składki. Zatem przez swoje zachowanie odwołująca wprost wyraziła wolę kontynuowania ubezpieczenia i jak wskazano powyżej, złożyła dorozumiany wniosek o przywrócenie terminu do uiszczenia brakującej części składki i organ rentowy wniosek ten uwzględnił, gdyż przez długi czas nie

kwestionował zasadności dokonanej dopłaty. Nie można także pominąć okoliczności, że odwołująca dotychczas przez swoje wcześniejsze nienaganne zachowanie – tj. opłacanie terminowo składek ubezpieczeniowych – wykazywała od listopada 2008 r. stały zamiar objęcia jej obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym i dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, a wobec ustalenia, że składka została opłacona w niepełnej wysokości, również niezwłocznie dokonała wyrównania, czym także wyraziła swoją wolę nieprzerwanego podlegania ubezpieczeniu chorobowemu.

Reasumując, Sąd Apelacyjny stwierdza, że zgadza się z rozważaniami Sądu I instancji, iż skoro organ rentowy przyjął zaległą wpłatę i nie kwestionował jej zasadności, to uznał, że czynność ta stanowiła wniosek o przywrócenie terminu do dokonania zaległej wpłaty. Przyjął tym samym należało, że odwołująca w sposób dorozumiany złożyła wniosek o przywrócenie terminu i organ rentowy nie kwestionując dokonanej przez odwołującą wpłaty, de facto przywrócił jej termin. Niezależnie od powyższego, Sąd Apelacyjny wskazuje, że nawet w sytuacji, gdyby przyjął, że organ rentowy, przez swoje działanie nie przywrócił odwołującej terminu do dokonania uzupełniająco wpłaty zaległej składki, to mając na względzie rozstrzygnięcie Sądu Okręgowego, należałoby przyjąć, że takowy termin do dokonania tej czynności został odwołującej przywrócony przez Sąd. Sąd Okręgowy wprawdzie bowiem w zaskarżonym wyroku wprost nie zawarł takiego rozstrzygnięcia, ale z treści uzasadnienia, jaki i z treści wyroku, którym Sąd zmienił zaskarżoną decyzję, wynika bezspornie, że zmieniając decyzję w zakresie podlegania, faktycznie przywrócił termin do uiszczenia po terminie brakującej części składki. Tym samym zasadnie Sąd Okręgowy przyjął, że odwołująca terminowo i nieprzerwanie dokonywała płatności. Na powyższe założenie wpływa także to, że nie sposób nie zauważyć, że odwołująca od chwili rozpoczęcia działalności gospodarczej, tj. od listopada 2008 r. regularnie opłacała składki na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne i dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, nigdy nie zalegała z płatnością i sytuacja, która miała miejsce w sierpniu i wrześniu 2013 r., tj. fakt opłacenia składki niższej niż należna, był zdarzeniem incydentalnym, w dodatku wynikającym z błędu biura rachunkowego. Powyższe argumenty przemawiają za słusnością rozstrzygnięcia Sądu Okręgowego, który zbadał sprawę w sposób indywidualny, z uwzględnieniem wszystkich aspektów omawianego przypadku.

Mając na względzie powyższe, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił wniesioną apelację i orzekł jak w pkt 1 sentencji.

O kosztach procesu Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art. 98 § 1 i § 3 k.p.c. Na koszty złożyło się wynagrodzenie pełnomocnika w wysokości 120 zł zgodnie z treścią § 12 ust. 1 pkt 2 w zw. z § 11 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu oraz koszty podróży w kwocie 110,66 zł, poniesione przez pełnomocnika odwołującej w postępowaniu odwoławczym, o których zwrot wnosił pełnomocnik odwołującej zgodnie z treścią art. 109 § 1 k.p.c.

del. SSO Katarzyna Schönhof-Wilkans	SSA Dorota Goss-Kokot	SSA Jolanta Cierpiał
-------------------------------------	-----------------------	----------------------