

Sygn. akt III AUa 921/14

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 11 czerwca 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi w Ł. III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący: SSA Ewa Naze

Sędziowie: SSA Lucyna Guderska (spr.)

SSA Dorota Rzeźniowiecka

Protokolant: st. sekr. sąd. Kamila Tomasik

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 11 czerwca 2015 r. w Ł.

sprawy **D. P.**

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

o podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu,

na skutek apelacji D. P.

od wyroku Sądu Okręgowego w Kaliszu

z dnia 21 maja 2014 r. sygn. akt V U 275/14,

**oddala apelację.**

**Sygn. akt III AUa 921/14**

## UZASADNIENIE

Decyzją z 3.12.2013 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych w O. stwierdził, że D. P. podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu wykonywania pozarolniczej działalności gospodarczej w okresie od 1.09.2013r. do 30.09.2013r., ponieważ za ten tylko okres wpłynęły terminowo i prawidłowo obliczone składki. Organ rentowy wskazał, że do ubezpieczenia chorobowego ubezpieczona zgłosiła się od 1.05.2013r., ale składki za okres od czerwca do sierpnia 2013r. opłaciła w zaniżonej wysokości, przy czym pismem z 8.11.2013r. organ nie wyraził zgody na przywrócenie terminu do ich opłacenia.

W odwołaniu od tej decyzji D. P. domagała się jej zmiany i ustalenia, że podlegała ubezpieczeniu chorobowemu od czerwca 2013r. nieprzerwanie, po wyrażeniu zgody na przywrócenie terminu do opłacenia składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za okres czerwiec-sierpień 2013r. podnosząc, że omyłkowo opłacała zaniżone składki (stawkę 0,95% zamiast 1,93%), a różnicę składek wpłaciła niezwłocznie po zauważeniu błędu.

Zaskarżonym wyrokiem z 21 maja 2014r. Sąd Okręgowy w Kaliszu oddalił odwołanie.

Sąd ustalił, że D. P. podlegała ubezpieczeniu pracowniczemu od 2.01.2006r. Działalność gospodarczą odwołująca się podjęła od 26.09.2007r. w zakresie rachunkowo-księgowym i doradztwa podatkowego. Od 9.10.2007r. z tytułu

tej działalności była zgłoszona wyłącznie do ubezpieczenia zdrowotnego, gdyż posiadała inny tytuł ubezpieczenia zwalniający z opłacania składek na ubezpieczenia społeczne z działalności.

Do 31.10.2011r. odwołująca się była zgłoszona do ubezpieczeń jako pracownik u płatnika składek P. K., a następnie z tytułu zatrudnienia w firmie (...) Sp. z o.o., w której dotychczasowy pracodawca - P. K. jest prezesem zarządu, a ona prokurentem. Z tytułu zatrudnienia zgłoszona była od minimalnej podstawy wymiaru składek.

Od 1.05.2013r. w zatrudnieniu odwołującej się nastąpiła zmiana wymiaru czasu z pełnego etatu na  $\frac{3}{4}$  etatu, za wynagrodzeniem 1300zł. Zmiana wymiaru czasu pracy spowodowana była pogorszeniem sytuacji finansowej pracodawcy.

Również od tej daty D. P. zgłosiła się ubezpieczeń społecznych z tytułu działalności gospodarczej, a od 1 czerwca 2013r. również do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, deklarując podstawę wymiaru składek w kwocie 9350,13 zł przez miesiące do sierpnia 2013r., a za wrzesień - 9031,28zł.

Składka na ubezpieczenie wypadkowe została przez odwołującą się opłacona od podstawy wymiaru składek 0,93% zamiast 1,93%. Składki zostały w nieprawidłowej wysokości opłacone w terminie, a ich dopłata (po 93 zł za każdy miesiąc) nastąpiła w dniu 10.10.2013r.

Wcześniej D. P. opłacała składki w następujący sposób:

- na ubezpieczenie zdrowotne od 10/2007r. do 05.2008r. w terminie w 5 przypadkach, a w trzech po terminie,
- w okresie od 06/2008r. do 06/2010r. składki na ubezpieczenie zdrowotne i za pracowników - wszystkie po terminie,
- w okresie od 07/2010r. do 04/2013r. ponownie wyłącznie na ubezpieczenie zdrowotne również wszystkie po terminie,
- od 05/2013r. do 09/2013r. jedna była w terminie, pozostałe nie.

Zaniżenie wysokości składek na ubezpieczenie wypadkowe wynikało z nieprawidłowego wprowadzenia stawki w programie komputerowym, co zostało zauważone przypadkowo podczas nieobecności odwołującej się spowodowanej pobytem w szpitalu w październiku 2013r. Różnica została niezwłocznie dopłacona i D. P. wystąpiła do ZUS o przywrócenie terminu do opłacenia składek.

Wysokość podstawy wymiaru składek zadeklarowanych z własnej działalności D. P. uzasadniła wizją dochodów w związku z zawarciem korzystnej umowy zlecenia oraz posiadaniem zasobów z poprzedniego okresu działalności. Dla wykazania kondycji finansowej pozwalającą na tak znacznie podwyższenie postawy wymiaru składek odwołująca się przedstawiła umowy zlecenia: z 3.06.2013r. na okres od 1.07.2013r. do 31.08.2013r. z wynagrodzeniem 3000zł, z dnia 22.07.2013r. na okres od 22.07.2013r. do 09.08.2013r. z wynagrodzeniem 400zł oraz z dnia 12.08.2013r. na okres od 12.08.2013r. do 09.09.2013r. z wynagrodzeniem 750zł.

Kolejna umowa zlecenia zawarta była przez nią w dniu 5.05.2014r.

Odwołująca się wykazała przychód z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej w 2008r. w wysokości 8500zł, a w 2012r. - 23.000zł. W latach 2009-2011 wykazywała stratę.

W oparciu o powyższe ustalenia Sąd Okręgowy uznał odwołanie za niezasadne.

Sąd wskazał, że zgodnie z art. 14 ust. 1a) pkt 2 ustawy z 13.10.1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie.

Sąd wskazał, że pojęcie składki „należnej” oznacza składkę we właściwej wysokości, przy czym nie ma znaczenia, czy do nieterminowego uregulowania składki doszło z przyczyn zawinionych, czy też niezawinionych przez ubezpieczonego. Skoro bowiem opłacanie składek obciąża ubezpieczonego, to nie może on powoływać się nawet na błąd w działaniu biura rachunkowego, które jedynie wylicza należną wysokość składki.

W przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie (art.14 ust. 2 pkt.2 ustawy systemowej). Jest to jedyna możliwość kontynuowania ubezpieczenia w sytuacji, gdy składka należna nie została terminowo uregulowana. Pozytywna decyzja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych powoduje kontynuowanie dotychczasowego stosunku ubezpieczenia (pod warunkiem opłacania terminowo należnych składek), natomiast decyzja negatywna potwierdza ustanie z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia społecznego i podlega zaskarżeniu w sądowym postępowaniu odwoławczym. Powołując się na orzecznictwo Sądu Najwyższego Sąd Okręgowy podkreślił, że wprowadzenie organu rentowy został wyposażony w kompetencję wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie, jednakże jego decyzja w tym przedmiocie nie jest w pełni dowolna i winna ujawniać, jakimi przesłankami kierował się organ odmawiając wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie w ten sposób, aby możliwa była sądowa kontrola tej decyzji.

Stosownie do treści art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej wyrażenie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych zgody na opłacenie składki po terminie może nastąpić wyłącznie w uzasadnionych sytuacjach. Sąd Okręgowy wskazał, że wniosek w tym przedmiocie odwołująca się złożyła niezwłocznie po wykryciu swego błędu i niezwłocznie opłaciła różnicę w składkach. Jako jedyny argument powołała przy tym swój nieumyślny błąd przy wprowadzaniu stawki procentowej w komputerze.

W rozpoznawanej sprawie odmowa przywrócenia terminu nastąpiła pismem z dnia 8.11.2013r. i nie nadano jej formy decyzji, zatem – zdaniem Sądu I instancji - należy przyjąć, że kwestia ta jest przesłanką rozstrzygnięcia odwołania od decyzji z dnia 3.12.2013r. dotyczącej okresu podleganiu ubezpieczeniu chorobowemu.

Sąd stwierdził, że uchybienie odwołującej się w opłacie składek dotyczy wprawdzie trzech miesięcy, ale wiąże się z powielaniem pierwszej pomyłki. Samo to uchybienie mogłoby ewentualnie zostać usprawiedliwione, ale dla oceny podstaw przywrócenia terminu na opłacenie składek konieczne jest szersze spojrzenie na płatnika i uwzględnienie całokształtu sytuacji. W ocenie Sądu, D. P. nie sposób uznać za płatnika sumiennego, jeśli na 72 miesiące opłacania składek opłaciła je w terminie tylko w 6 przypadkach. Swoje obowiązki płatnika składek traktowała więc z lekceważeniem, dopóki nie była beneficjentem ZUS. Już ta okoliczność, zdaniem Sądu Okręgowego, byłaby poważnym argumentem przeciwko uwzględnieniu wniosku odwołującej się, a uwzględnić też należy instrumentalne potraktowanie przez nią tego organu w sytuacji pojawienia się wizji uzyskania świadczeń w związku z ciężką i macierzyństwem. O tym bowiem świadczy maksymalne podwyższenie podstawy wymiaru składek z działalności gospodarczej odkad stała się tytułem podlegania ubezpieczeniom w pełnym zakresie, tj. po ograniczeniu podstawy wymiaru składek pracowniczych.

Sąd podkreślił, że podwyższenie podstawy wymiaru składek z minimalnych ze stosunku pracy do maksymalnych z działalności powoduje, że zasiłek chorobowy zamiast kwot rzędu 2500 zł i 18.600 zł wzrósłby do kwot rzędu 10.700 i 78.300zł. Sąd podkreślił, że podwyższenie przez odwołującą się podstawy do ponad 9000 zł nie ma uzasadnienia ani w danych zawartych w rocznych zeznaniach podatkowych, ani nawet przy uwzględnieniu przyszłego dochodu ze zlecenia opiekującego na 3000 zł, gdyż pozostałe dwa zlecenia dotyczą kwot 400 i 750zł. Czwarta umowa zlecenia zawarta została dopiero w maju 2014r.

Podstawa wymiaru składek z działalności gospodarczej, w ocenie tego Sądu, musi mieć powiązanie z dochodami z tej działalności, a nie z innymi zasobami. Jeśli płatnik - jak odwołująca się - jedynie kilka razy wpłaca składkę niewspółmiernie wysoką do jego dochodów z działalności, to ewidentnie zmierza w najbliższej perspektywie do uzyskania świadczeń niewspółmiernie wysokich w stosunku do wniesionych składek, a to odbędzie kosztem systemu

ubezpieczeń społecznych, czyli innych ubezpieczonych. Zachowanie takie jest więc sprzeczne z zasadami współzycia społecznego, nawet jeśli postawa wymiaru składek została zadeklarowana w granicach dopuszczalnych prawem.

W konsekwencji Sąd Okręgowy, oceniając całokształt zachowań odwołującej się jako płatnika i nie znajdując uzasadnienia dla przywrócenia jej terminu do opłacenia składek na ubezpieczenie chorobowe w miesiącach czerwiec-sierpień 2013r., oddalił odwołanie D. P. od decyzji z 18.11.2013r. na podstawie art. 477<sup>14</sup> § 1 k.p.c.

Powyższy wyrok został zaskarżony apelacją przez D. P., która zarzuciła naruszenie prawa materialnego i procesowego, które to naruszenia prawa miały istotny wpływ na wynik sprawy, w tym:

1/ obrażę art. 233 k.p.c. - poprzez dowolne i błędne ustalenia faktyczne przez przyjęcie, że ubezpieczona nie opłaciła w terminie składek na ubezpieczenie chorobowe za czerwiec, lipiec i sierpień 2013 r., wbrew twierdzeniom ZUS oraz wbrew dowodom z dokumentów, z których jednoznacznie wynika, że Ubezpieczona w terminie zapłaciła składki na ubezpieczenie chorobowe - bo za czerwiec 2013 r. - wpłaciła składkę w dniu 8.07.2013 r. w kwocie 2889,20 zł (termin płatności upływał 10.07.2013r.), za lipiec 2013 r. w dniu 8.08.2013 r. w kwocie 2889,20 zł (termin płatności upływał 12.08.2013 r.), za sierpień - w dniu 3.09.2013 r. w kwocie 2889,20 zł (termin płatności upływał w dniu 10.09.2013 r.).

2/ obrażę art. 328 k.p.c., przez nie wskazanie w uzasadnieniu w jakiej wysokości i w jakich terminach ubezpieczona powinna wpłacić składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe – wskutek czego kontrola zaskarżonego wyroku nie jest nawet możliwa - co z kolei oznacza, że ubezpieczona została pozbawiona możliwości obrony swoich praw - a takie postępowanie Sądu I instancji w art. 379 pkt. 5 k.p.c. - traktuje jako nieważność postępowania.

W uzasadnieniu apelacji skarżąca wskazała, że drobna - symboliczna „niedopłata” w kwocie 93,50 zł, wynikała z błędu pisarskiego i nie dotyczy ubezpieczenia chorobowego, lecz ubezpieczenia wypadkowego. Zdaniem skarżącej, Sąd I instancji nierzetelnie ocenił zgromadzony materiał dowodowy w sprawie i nie rozpoznał istoty sprawy, a ponadto oba organy państwowe celowo wprowadziły ją w błąd zmuszając do pisania podań o przywrócenie terminów do opłacenia składek za w/w miesiące - mimo, iż ubezpieczona nie uchybiła żadnemu terminowi do opłacenia składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe.

Wskazując na powyższe apelująca wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku, zniesienia postępowania przed Sądem I instancji z powodu nieważności postępowania i przekazanie sprawy temu Sądowi do ponownego rozpoznania, ewentualnie o zmianę zaskarżonego wyroku przez orzeczenie, że ubezpieczona podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 1 czerwca 2013 r. do 30 sierpnia 2013 r. oraz o zasądzenie od ZUS na jej rzecz kosztów procesu według norm przepisanych za obie instancje.

W uzasadnieniu apelacji skarżąca podniosła, że decyzja ZUS z 3.12.2013 r. nr (...) w ogóle nie wypowiada się i nie rozstrzyga, czy ubezpieczona podlegała czy nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu za czerwiec, lipiec i sierpień 2013 r. - a niewątpliwym jest, że domagała się objęcia ubezpieczeniem chorobowym dobrowolnym również za w/w miesiące. Zdaniem skarżącej, Sąd I instancji nie rozpoznał zatem istoty sprawy. Ubezpieczona wskazała, że zapłaciła w terminie i we właściwych wysokościach składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za czerwiec, lipiec i sierpień 2013 r. a drobna „niedopłata” wynikająca z błędu komputerowego - według stawki 0.95 % zamiast 1.95 % - nie dotyczy ubezpieczenia chorobowego - ale ubezpieczenia wypadkowego.

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

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, Sąd Okręgowy prawidłowo ustalił stan faktyczny oraz dokonał wszechstronnej oceny zgromadzonego materiału dowodowego przy uwzględnieniu zasad logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego, które to ustalenia faktyczne i ocenę prawną Sąd Apelacyjny przyjmuje za własne. Nie można podzielić zarzutu obrazy art. 233 § 1 k.p.c., określającego Sądowi granice swobody oceny dowodów. Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem art. 233 § 1 k.p.c. zawiera przede wszystkim nakaz - nie doznający wyjątku - aby wyrażona ocena w

aspekcie wiarygodności dokonana była na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału w sprawie oraz uwzględnienie wszystkich dowodów przeprowadzonych w postępowaniu (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 18 lipca 2002 r., IV CKN 1256/00, LEX nr 80267). Takiemu obowiązki Sąd Okręgowy sprostał, wskazując w sporządzonym uzasadnieniu, na jakich dowodach się oparł i dlaczego.

W pierwszej kolejności Sąd Apelacyjny za konieczne uznał sprecyzowanie przedmiotu sporu oraz okoliczności istotnych dla jego rozstrzygnięcia, bowiem treść apelacji wskazuje, że skarżąca ma wiele wątpliwości związanych z przedmiotową sprawą, która dla osoby bez wykształcenia prawniczego może być niezrozumiała.

W sporze jest decyzja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z 3 grudnia 2013r. stwierdzająca, że D. P., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 1 do 30 września 2013r. W uzasadnieniu tej decyzji organ rentowy, powołując się na treść art. 11 ust. 2 i art. 14 ust. 1 i 2 ustawy z 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych wskazał, że za miesiące czerwiec – sierpień 2013r. ubezpieczona opłaciła składki na to ubezpieczenie po terminie a jej wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie nie został uwzględniony. Odwołująca się, kwestionując treść powyższej decyzji, wniosła o ustalenie, że podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od czerwca 2013r. podnosząc, że opłacenie składki na ubezpieczenie wypadkowe w zaniżonej wysokości wynikało z omyłkowo przyjętej przez nią stawki. Odwołująca się zakwestionowała przy tym również stanowisko organu rentowego wyrażone w piśmie z 8 listopada 2013r. w przedmiocie odmowy wyrażenia zgody na opłacenie przez nią składek po terminie.

Kontrolując prawidłowość będącej w sporze decyzji, Sąd I instancji trafnie przyjął, że kwestią sporną w niniejszej sprawie jest ustalenie, czy odwołująca się winna podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie wskazanym przez organ rentowy, czy też – jak domagała się tego skarżąca – od 1 czerwca 2013r. Prawidłowo również uznał Sąd Okręgowy, że istotna jest zatem ocena zasadności stanowiska organu rentowego wyrażonego w piśmie z 8 listopada 2013r. o nie wyrażeniu zgody na opłacenie przez odwołującą się składek po terminie. Pismo to ma niezbędne cechy decyzji, w tym oznaczenie organu, datę wydania i oznaczenie strony, jak też sentencję i uzasadnienie rozstrzygnięcia. Dlatego mimo uchybień co do formy określonej w art. 107 k.p.a., pismo ma charakter decyzji, która - wobec braku pouczenia o środkach odwoławczych - może być zaskarżona w każdym czasie. Takie stanowisko zajęł Sąd Najwyższy w wyroku z 8 listopada 2012 r., sygn. akt II UK 90/12, OSNP 2013/19-20/233. W uzasadnieniu wyroku wskazano, w świetle ustalonej judykatury Sądu Najwyższego, 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 (art. 14 ust. 2 pkt 2 i 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych - por. np. wyrok Sądu Najwyższego z 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 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" (tak w wyroku z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00, OSNP 2003 Nr 10, poz. 257). W postępowaniu tym - co oczywiste - odmowa wyrażenia zgody na opłacenie składki ubezpieczeniowej po terminie podlega kontroli sądu (por. np. postanowienie Sądu Najwyższego z 14 listopada 2007 r., II UK 65/07, LEX nr 863989).

Odnosząc się do podniesionej w apelacji kwestii, iż niedopłata dotyczyła składki na ubezpieczenie wypadkowe a nie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe należy podnieść, że skarżąca, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą i podlegająca z tego tytułu ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, podlega również obowiązkowo - z mocy art. 12 ust. 1 ustawy z 18 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2013r., poz. 1442 ze zm.) – ubezpieczeniu wypadkowemu. Obowiązana jest zatem do opłacania składek i na to ubezpieczenie. Stosownie zaś do treści § 12 ust. 1 rozporządzenia Rady Ministrów z 18 kwietnia 2008r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, do poboru których zobowiązany jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. Nr 78, poz. 465), jeżeli wpłata składek na ubezpieczenia społeczne jest niższa od kwoty należnych składek rozliczonych w deklaracji za dany miesiąc kalendarzowy, zgodnie z zasadami określonymi w § 6 ust. 1 pkt 1, w pierwszej kolejności rozlicza się ją na pokrycie należnych składek na funduszu emerytalny i otwarte

fundusze emerytalne. Pozostała po rozliczeniu, o którym mowa w ust. 1, kwota wpłaty podlega podziałowi i zaliczeniu na pokrycie należnych składek na fundusz rentowy, fundusz chorobowy i fundusz wypadkowy, proporcjonalnie do kwot należnych składek na te fundusze (§ 12 ust. 3).

Z zebranego w sprawie materiału dowodowego jednoznacznie wynika, że odwołująca się opłaciła składkę na ubezpieczenie wypadkowe za czerwiec, lipiec i sierpień 2013r. w zaniżonej wysokości. Przyznała to zresztą sama ubezpieczona w toku postępowania odwoławczego wyjaśniając, że omyłkowo obliczyła i uiściła składkę na to ubezpieczenie według stawki 0,95% zamiast 1,93%. Tym samym niewątpliwie w powyższym okresie należność z tytułu składek została przez odwołującą się opłacona w kwocie niższej niż należna i organ rentowy rozliczył ją według zasad określonych w powołanym wyżej rozporządzeniu, tj. proporcjonalnie na fundusz rentowy, chorobowy i wypadkowy. Rozliczona w ten sposób kwota składek skutkowałą zaliczeniem niższej kwoty składki niż kwota składki należnej również na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za powyższy okres.

Sąd Okręgowy prawidłowo zatem ustalił, że składka za dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za okres czerwiec – sierpień 2013r. została przez ubezpieczoną opłacona w niepełnej wysokości, a dopłata składek, w kwocie po 93,50 zł za każdy miesiąc, nastąpiła w dniu 10 października 2013r. Wbrew twierdzeniom skarżącej, wysokość należnych składek i składek uiszczonych przez ubezpieczoną za powyższy okres została wskazana przez organ rentowy chociażby w piśmie z 31 marca 2014r. (kk. 33 akt), którego treści skarżąca nie kwestionowała. Za całkowicie niezrozumiałe i gołosłowne należy zatem uznać twierdzenie skarżącej w apelacji, że składki na ubezpieczenie społeczne za powyższy okres zostały uiszczone w prawidłowej wysokości. Nietrafny jest również postawiony w apelacji zarzut nieważności postępowania. Zdaniem skarżącej, została ona pozbawiona możliwości obrony swoich praw przez brak wskazania w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku w jakiej wysokości i w jakich terminach powinna ona wpłacić składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Zarzut ten sprowadza się zatem w istocie do przypisania Sądowi Okręgowemu obrazy art. 328 § 2 k.p.c., a jego ewentualne naruszenie stanowi naruszenie przepisów postępowania i nie skutkuje nieważnością postępowania. Zresztą zarzut ten jest całkowicie chybiony, gdyż w uzasadnieniu wyroku Sąd I instancji precyzyjnie ustalił fakty, na których się oparł oraz wyjaśnił podstawę prawną wyroku z przytoczeniem odpowiednich przepisów prawa.

Kwestia dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego uregulowana jest w art. 14 ust. 1 i ust. 2 punkt 2 powołanej ustawy systemowej, który stanowi, że osoby prowadzące działalność gospodarczą podlegają dobrowolnie na swój wniosek ubezpieczeniu chorobowemu, objęcie którym następuje od dnia wskazanego we wniosku, ustaje natomiast między innymi od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej niż od dnia, w którym wniosek taki został złożony, jak również od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie. W pojęciu "nieopłacenie w terminie składki" mieszczą się trzy sytuacje: nieopłacenie w terminie składki w ogóle za dany miesiąc, opłacenie składki w niepełnej wysokości oraz opłacenie składki z przekroczeniem terminu. Z powyżej cytowanego art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej wynika wyraźnie, że dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje, gdy niedotrzymany został termin zapłaty składki. Ubezpieczenie to wygasa nawet w sytuacji, gdy osoba zobowiązana nie ponosi winy za nieopłacenie składek.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, Sąd I instancji doszedł do prawidłowego wniosku, iż w przedmiotowej sprawie brak jest przesłanek do tego, aby wyrazić odwołującą się zgodę na opłacenie po terminie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za sporny okres. Nie ulega wątpliwości, że decydujące jest ustalenie przyczyn opóźnienia w opłaceniu składki i ocena, czy opóźnienie w opłaceniu tej składki stanowi "uzasadniony przypadek" w rozumieniu art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej. Jako przyczynę uzasadniającą wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie wskazać można chorobę ubezpieczonego, nagły wyjazd, brak pieniędzy wywołany czynnikami niezależnymi od ubezpieczonego, siłę wyższą, wypadek losowy, czy też inne okoliczności, które obiektywnie wskazują, że zapłata składek w terminie była niemożliwa, a niemożliwość zapłacenia składek w terminie nie była spowodowana tylko zaniedbaniem ubezpieczonego.

Podkreślić należy, że D. P. we wniosku o wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie, podobnie jak w odwołaniu od będącej w sporze decyzji, wskazała, iż przyczyną, dla której uchybiła terminowi zapłaty składek za okres czerwiec

– sierpień 2013r. była jej omyłka przy wyliczaniu składek wskutek nieprawidłowo przyjętej stawki na ubezpieczenie wypadkowe. Należy podzielić stanowisko Sądu I instancji, iż przyczyna ta – w okolicznościach przedmiotowej sprawy - nie uzasadnia zastosowania dobrodziejstwa wynikającego z art. 14 ust. 2 pkt 2 ww. ustawy i wyrażenia zgody na uiszczenie składki po terminie. Przede wszystkim stwierdzić należy, że skarżąca jest przedsiębiorcą, zatem wymagany jest od niej profesjonalizm oraz inicjatywa związana z prowadzoną działalnością, także w odniesieniu do wywiązywania się z obowiązku uiszczania składek na ubezpieczenia społeczne. Ponadto, jak wynika z niekwestionowanych ustaleń Sądu Okręgowego, odwołująca się jest niesumiennym płatnikiem, gdyż na 72 miesiące opłacania składek tylko w 6 przypadkach uiszczała je w terminie. Jak słusznie też wskazał Sąd I instancji, wcześniejsze procedowanie skarżącej związane z kwestią podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, w szczególności zaś zadeklarowanie wysokiej podstawy wymiaru składki w czasie poprzedzającym urodzenie dziecka, i to w wysokości niewspółmiernej do uzyskiwanych dochodów z działalności, wskazują na dobre rozeznanie w zasadach funkcjonowania ubezpieczenia chorobowego.

Reasumując należy stwierdzić, że Sąd Okręgowy dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy i na ich podstawie wywiódł trafny wniosek, że skarżąca nie wskazała okoliczności, które pozwoliłyby na stwierdzenie, iż opóźnienie w opłaceniu przez nią składki za czerwiec - sierpień 2013 r. stanowi uzasadniony przypadek w rozumieniu powołanego wyżej przepisu.

W konsekwencji Sąd Apelacyjny, nie znajdując podstaw do uwzględnienia apelacji, na podstawie art. 385 k.p.c., orzekł o jej oddaleniu.