

Sygn.akt III AUa 409/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 4 września 2012r.

Sąd Apelacyjny - Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Białymstoku,

III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w składzie:

Przewodniczący: SSA Bożena Szponar - Jarocka (spr.)

Sędziowie: SA Maria Jolanta Kazberuk

SO del. Dorota Zarzecka

Protokolant: Edyta Katarzyna Radziwońska

po rozpoznaniu w dniu 4 września 2012 r. w Białymstoku

sprawy z wniosku M. S.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B.

o podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu

na skutek apelacji wnioskodawczyni M. S.

od wyroku Sądu Okręgowego Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Białymstoku V Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 31 stycznia 2012 r. sygn. akt V U 1492/11

oddala apelację

Sygn. akt III AUa 409/12

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. decyzją z dnia 11 października 2011 roku, wydaną na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2009 roku, Nr 205, poz. 1585 ze zm.), stwierdził podleganie M. S. dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 1 sierpnia 2011 roku.

M. S. w odwołaniu od powyższej decyzji wniosła o zmianę zaskarżonej decyzji i ustalenie, że podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 1 lipca 2011 roku.

Sąd Okręgowy Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Białymstoku po rozpoznaniu powyższego odwołania, wyrokiem z dnia 31 stycznia 2012 roku oddalił odwołanie. Sąd Okręgowy ustalił, że M. S. zgłosiła się w dniu 6 lipca 2011 roku do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych od dnia 1 lipca 2011 roku i jednocześnie wniosła o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym również od dnia 1 lipca 2011 roku. Składka na ubezpieczenie społeczne oraz dobrowolne ubezpieczenie chorobowe została opłacona w dniu 3 sierpnia 2011 roku, przy czym składka na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe została opłacona w zaniżonej wysokości. Wnioskodawczyni twierdziła, że sprawy związane ze zgłoszeniem do ubezpieczeń społecznych oraz ich kontynuacji prowadzone są w jej imieniu przez

Biuro (...) i to biuro w sierpniu w ustawowym terminie przygotowało dokumenty rozliczeniowe do organu rentowego wraz z blankietami należnych z tego tytułu opłat składek. We wrześniu M. S. została poinformowana przez biuro, że na skutek błędnego wyliczenia składki za miesiąc lipiec przez program (...), wskazana w blankiecie wypłaty kwota składek do ZUS na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe była zaniżona. Przy podanej podstawie wymiaru składki w kwocie 8.665,83 złotych składka na dobrowolne ubezpieczenie powinna wynosić 212,31 złotych, a została wyliczona przez program w nieprawidłowej wysokości na 153,13 złotych. Dokonując wyliczenia składki za kolejny miesiąc – sierpień, podstawa wymiaru składki została zmniejszona do kwoty 8.107,74 złote, zaś składka nadal wyniosła 153,13 złotych. Różnica w prawidłowej wysokości składki w kwocie 212,31 złotych została opłacona w dniu 2 września 2011 roku tj. po terminie. Wnioskodawczyni złożyła w organie rentowym wnioski o wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie. Organ rentowy nie uwzględnił opóźnienia w opłaceniu składki za lipiec 2011 roku, ponieważ do bazy danych programu nie zostały wprowadzone wartości kwoty przeciętnego wynagrodzenia dla dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Z zebranego w sprawie materiału dowodowego, w tym zeznań świadka P. A., wynikało, że składka za miesiąc lipiec 2011 roku została faktycznie wyliczona w nieprawidłowej wysokości przez biuro rachunkowe. Zdaniem Sądu Okręgowego podnoszone w sprawie okoliczności, dotyczące błędnego działania programu (...), nie zasługiwały na uwzględnienie, skoro zgodnie z zeznaniami świadka P. A. nie wprowadzono wyższego przeciętnego wynagrodzenia koniecznego w sytuacji zadeklarowanej wyższej maksymalnej podstawie wymiaru składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Nadto Sąd Okręgowy podkreślił, że program (...) jest programem pomocniczym, ustalonym dla osób opłacających składki w najniższej wysokości tj. 60% przeciętnego wynagrodzenia. Okolicznością usprawiedliwiającą nie mógł być także zdaniem Sądu fakt, że składka od zadeklarowanej maksymalnej podstawy wymiaru była wyliczana przez Biuro po raz pierwszy. Skoro sprawdzenie prawidłowego wyliczenia składki dokonano przy użyciu kalkulatora, nie stało na przeszkodzie, by dokonać sprawdzenia wysokości składki chorobowej. Stąd też Sąd Okręgowy stwierdził, że wyliczenie nieprawidłowej wysokości składki nie wynikało z błędu programu. Mając na uwadze treść art. 11, 14 i 47 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych, Sąd Okręgowy stwierdził, że opłacenie składek za dany miesiąc należy do obowiązków M. S. jako płatnika składek, nie obciąża zaś biura, które jedynie wylicza wysokość składek. Stąd też zdaniem Sądu Okręgowego brak było podstaw, by przywrócić wnioskodawczyni termin do opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za lipiec 2011 roku. W tym stanie rzeczy Sąd Okręgowy na podstawie art. 477¹⁴§ 1 kpc orzekł jak w sentencji wyroku.

M. S. zaskarżyła powyższy wyrok w całości, zarzucając mu:

1. naruszenie prawa materialnego tj. art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez przyjęcie, że w przedmiotowej sprawie nie zachodzi uzasadniony przypadek do wyrażenia zgody przez organ rentowy na opłacanie składki z tytułu dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego po terminie,

2. naruszenie przepisów postępowania tj.:

a) art. 217 § 1 kpc w związku z art. 232 kpc poprzez nieustosunkowanie się do wniosku dowodowego, a w konsekwencji nieprzeprowadzenie dowodu zgłoszonego przez stronę w piśmie z dnia 9 stycznia 2012 roku z odtworzenia procedury deklaracji (...) w programie (...),

b) art. 233 § 1 kpc poprzez:

- dokonanie przez Sąd Okręgowy ustaleń faktycznych sprzecznych z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego polegającego na przyjęciu, że pomyłka w wysokości składki z tytułu dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego za miesiąc lipiec 2011 roku wynikała z błędu biura rachunkowego, a nie błędu systemowego programu (...), z którego korzystało biuro rachunkowe,

- brak wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego, polegającego na przyjęciu przez Sąd Okręgowy, że program (...) jest programem pomocniczym ustalonym dla osób opłacających składki w najniższej wysokości tj. 60% przeciętnego wynagrodzenia,

- nieuwzględnienie przez Sąd Okręgowy całości materiału dowodowego tj. pominięcie wyjaśnień zawartych w piśmie z dnia 9 stycznia 2012 roku wskazujących, że program (...) przy wyliczeniu składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc lipiec 2011 roku nie monitorował o jej zaniżeniu i nie wygenerował raportu niezgodności składki z jej podstawą,

c) art. 238 § 2 kpc poprzez nieustosunkowanie się do zgłoszonych w odwołaniu zarzutów naruszenia przez organ rentowy przepisów postępowania, w tym dotyczących przekroczenia granic uznania administracyjnego.

Wskazując na powyższe, M. S. wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku i uwzględnienie odwołania o decyzji ewentualnie uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Okręgowemu do ponownego rozpoznania oraz o zasądzenie kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja nie jest zasadna.

Sąd Okręgowy dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych i na ich podstawie wywiódł trafne wnioski. Sąd Apelacyjny w całości aprobuje stanowisko Sądu Okręgowego wyrażone w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku i ustalenia poczynione przez Sąd I instancji przyjmuje za swoje.

W niniejszej sprawie nie ulegało wątpliwości, iż M. S. wniosła o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 1 lipca 2011 roku. Składka na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za ten miesiąc została opłacona w dniu 3 sierpnia 2011 roku w zaniżonej wysokości. Różnica w prawidłowej wysokości składki w kwocie 212,31 złotych została opłacona w dniu 2 września 2011 roku tj. po terminie. Składkę w takiej wysokości obliczyło biuro rachunkowe zajmujące się sprawami księgowymi M. S., wyliczając jej wysokość przy pomocy programu (...). Kwestią sporną w niniejszej sprawie było, czy opłacenie przez M. S. składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc lipiec 2011 roku w niepełnej wysokości skutkuje w okolicznościach niniejszej sprawy objęciem jej tym ubezpieczeniem w lipcu 2011 roku.

Zgodnie z art. 14 ust. 1, 1a i 2 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych Podjęcie 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. 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. Ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe, o których mowa w ust. 1, ustają: od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony; 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; od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom.

Mając na uwadze treść powyższego przepisu należało uznać, że wobec nieopłacenia składki w pełnej wysokości za lipiec 2011 roku, M. S. nie podlegała w tym okresie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. W świetle powyższego przepisu wygaśnięcie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego następuje ex lege, niezależnie od woli ubezpieczonego i treści pierwotnie złożonego wniosku. Nieopłacenie składki w pełnej wysokości stanowi bowiem „nieopłacenie w terminie składki należnej na ubezpieczenie”, na co wskazuje powyżej cytowany art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy. W pojęciu „nieopłacenie w terminie składki” mieszczą się bowiem trzy sytuacje: nieopłacenie w terminie składki w ogóle za dany miesiąc, opłacenie składki w niepełnej wysokości oraz opłacenie składki z przekroczeniem terminu (por. K. Dziwota [w:] J. Wantoch – Rekowski (red.) „Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych. Komentarz” str. 111). Taki pogląd był także prezentowany na ten temat na gruncie poprzedniego brzmienia art. 14 ust. 2 pkt 2 powyższej ustawy, obowiązującego do dnia 29 grudnia 1999 roku, kiedy powyższy przepis posługiwał się terminem

„nieopłacenie składek należnych za jeden pełnym miesiąc” (tak Ł. Prasolek [w]: B. Gudowska, J. Strusińska-Żukowska (red.) „Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych. Komentarz”, str. 310). Z powyżej cytowanego art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy 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. Tylko złożenie w organie rentowym wniosku o wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie daje szansę na kontynuowanie ubezpieczenia (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 24 listopada 2006 roku, III AUa 1019/2006, LexPolonica nr 1238336, Gazeta Prawna 2007/48 str. A9).

W niniejszej sprawie M. S. złożyła wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie, jednakże organ rentowy takiej zgody nie wyraził. Z treści art. 14 ust. 2 pkt 2 ww. ustawy wynika, że w uzasadnionych przypadkach, na wniosek zainteresowanego, ZUS może przywrócić termin do opłacenia składki. Jednak w niniejszej sprawie wnioskodawczyni nie podała powodów uzasadniających przywrócenie terminu do opłacenia składek. Należy wskazać, że argumentacja wnioskodawczyni, iż nie ponosi ona winy za nieopłacenie składki po terminie nie stanowi podstawy do przywrócenia terminu. Wnioskodawczyni wskazywała na nieprawidłową konstrukcję i błędy w programie (...). Jednakże należy wskazać, że program ten jest jedynie narzędziem służącym do wyliczania składek, a jak wskazał świadek P. A. - pracownik biura rachunkowego, rozliczający firmę (...), wyliczenie prawidłowej wysokości składki może nastąpić także przy użyciu kalkulatora. Fakt, iż program (...) w podręczniku dla użytkownika nie wymaga wpisania przeciętnego wynagrodzenia, nie stanowi okoliczności świadczącej o braku winy M. S. w opłaceniu składki w prawidłowej wysokości. Odwołująca, składając wniosek o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, zdawała sobie sprawę, że ubezpieczenie tego rodzaju jest wówczas kontynuowane, gdy składki na to ubezpieczenie opłacane są w ustawowym terminie. Taki jest bowiem przymiot wszelkich ubezpieczeń dobrowolnych. Osoba, która oczekuje od organu rentowego świadczeń, zobowiązana jest opłacić składkę w ustawowym terminie i prawidłowej wysokości. Decyzja organu rentowego o przywróceniu terminu do opłacania składek nie stanowi, wbrew zarzutom apelacyjnym, uznania administracyjnego, a podlega merytorycznej kontroli sądu. Jednakże powody, które wskazała wnioskodawczyni, Sąd I instancji trafnie uznał za nieuzasadnione w rozumieniu treści art. 14 ust. 2 pkt 2 ww. ustawy.

Organ rentowy został wyposażony w kompetencję wyrażenia zgody w uzasadnionych przypadkach na opłacenie składki po terminie, czyli uznania, że mimo nieopłacenia składki w terminie ubezpieczenie nie ustało. Ustawodawca określił więc ogólnie, iż Zakład Ubezpieczeń Społecznych może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie w uzasadnionych przypadkach, nie precyzując, o jakie sytuacje chodzi. Nie oznacza to jednak przyznania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych niczym nieskrępowanego uznania w uwzględnieniu lub nieuwzględnieniu wniosku o wyrażenie zgody. Przyznana kompetencja winna być wykonywana według sprawdzalnych, sprawiedliwych kryteriów. W odniesieniu do zarzutu apelacyjnego, należy wskazać, że w doktrynie prawa administracyjnego przyjmuje się, że uznaniowość decyzji nie oznacza dowolności w ich podejmowaniu. Użyte w przepisie art. 14 ust. 2 pkt 2 określenie „może” nie oznacza pełnej dowolności. Nie ma przy tym znaczenia, czy Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydaje odrębną decyzję, czy też rozstrzyga daną kwestię jako przesłankę wydania decyzji o określonej treści, jak to nastąpiło w niniejszej sprawie. Stąd też zarzuty dotyczące naruszenia przez Sąd Okręgowy art. 233 § 1 kpc okazały się niezasadne. Mając na uwadze powyższe rozważania niecelowe byłoby także przeprowadzenie dowodu z odtworzenia procedury tworzenia deklaracji w systemie (...) skoro nie mogłoby to skutkować uznaniem braku zawinienia M. S. w opłaceniu składki po terminie. Natomiast odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 238 § 2 kpc należy wskazać, że w postępowaniu przed organem rentowym częściowo mają zastosowanie przepisy kpa, jednakże po wniesieniu odwołania od decyzji wskutek wszczęcia postępowania z zakresu ubezpieczeń społecznych przed Sądem, zastosowanie znajdują przepisy kpc. Stąd też Sąd dokonuje kontroli merytorycznej poprawności wydanej przez organ decyzji, mając na uwadze jej zgodność z przepisami prawa.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, skoro płatnik składek jest zobowiązany do ich prawidłowego wyliczenia i opłacenia, ewentualne przywrócenie terminu mogłoby nastąpić w przypadku stwierdzenia braku winy w wyliczeniu lub zaplacie takich składek. Natomiast w niniejszej sprawie nie sposób mówić o braku winy M. S.. To płatnik jest zobowiązany do wyliczenia składki, zatem okoliczność korzystania przez wnioskodawczynię z usług profesjonalnego biura rachunkowego, czy programu do wyliczenia wysokości składek nie zwalnia jej z obowiązku opłacenia składek w

terminie i w prawidłowej wysokości. Błąd biura rachunkowego, czy też ewentualny błąd programu komputerowego w takim wypadku obciąża stronę zobowiązaną do obliczenia i opłacenia składek.

Natomiast mając na uwadze zarzut naruszenia prawa materialnego tj. art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych należy wskazać, że zmierzał on w istocie do zakwestionowania etapu sądowego stosowania prawa, w którym ustalono, że wskutek opłaty składki w zaniżonej wysokości M. S. podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od sierpnia 2011 roku, nie zaś od lipca 2011 roku. Zakwestionowanie tego właśnie etapu stosowania prawa stanowi wkroczenie w

sferę faktów i możliwe jest z powołaniem się na naruszenie prawa procesowego - art. 233 § 1 kpc, który to zarzut również został ujęty w podstawach apelacji i uznany za niezasadny.

W tym stanie rzeczy, uznając apelację za niezasadną, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 kpc orzekł jak w sentencji wyroku.