

Sygn.akt III AUa 906/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 3 grudnia 2014r.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku, III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący: SSA Bohdan Bieniek (spr.)

Sędziowie: SA Piotr Prusinowski

SA Marek Szymanowski

Protokolant: Agnieszka Charkiewicz

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 3 grudnia 2014 r. w B.

sprawy z odwołania Przedsiębiorstwa Handlowo-Uslugowego (...) L. J.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O.

o ustalenie okresów podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu osoby prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą

na skutek apelacji Przedsiębiorstwa Handlowo-Uslugowego (...) L. J.

od wyroku Sądu Okręgowego w Olsztynie IV Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 13 lutego 2014 r. sygn. akt IV U 3755/13

I. **oddala apelację,**

II. **zasadza od Przedsiębiorstwa Handlowo-Uslugowego (...) L. J. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O. kwotę 120 zł (sto dwadzieścia złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego za II instancję.**

Sygn. akt: III AUa 906/14

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 13 sierpnia 2013 r. nr (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O. na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 1 i 2, art. 11 ust. 2, art. 14 ust. 1 i 1a oraz ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2009 r., Nr 205, poz. 1585, z późn. zm.) stwierdził, że L. J. podlegał ubezpieczeniu chorobowemu, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą od dnia : 21 listopada 2005 r. do 31 stycznia 2006 r., 1 marca 2006 r. do 31 sierpnia 2011 r., 1 stycznia 2012 r. do 31 stycznia 2012 r., 1 kwietnia 2012 r. do 31 sierpnia 2012 r., 1 października 2012 r. do 31 grudnia 2012 r. - 1 czerwca 2013 r. oraz nie podlegał dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą od: 6 września 1999 r. do 20 listopada 2005 r. 1 lutego 2006 r. do 28 lutego 2006 r., 1 września 2011 r. do 31 grudnia 2011 r., - 1 lutego 2012 r. do 31 marca 2012 r., 1 września 2012 r. do 30 września 2012 r., 1 stycznia 2013 r. do 31 maja 2013 r.

Odwołanie od powyższej decyzji złożył L. J.. W uzasadnieniu wskazał, że w dniu 17 kwietnia 2013 r. wystąpił do organu z wnioskiem o przywrócenie okresów dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Dodatkowo podniósł, że składka chorobowa każdorazowo była opłacana terminowo tj. 15 dnia każdego miesiąca po upływie miesiąca rozliczeniowego.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie i podtrzymał dotychczasowe stanowisko w sprawie.

Sąd Okręgowy w Olsztynie wyrokiem z dnia 13 lutego 2014r. oddalił odwołanie. Wydanie orzeczenia poprzedziły następujące ustalenia. L. J. dokonał zgłoszenia, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą do ubezpieczeń społecznych: emerytalnego, rentowych i wypadkowego od dnia 6 września 1999 r. Następnie w dniu 21 listopada 2005 r. ubezpieczony dokonał zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych oraz dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego ze wskazaniem daty obowiązku ich powstania od dnia 1 listopada 2005 r. Objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym nastąpiło od dnia 21 listopada 2005 r. Ubezpieczony winien opłacać składkę do 15 – go każdego miesiąca.

Składki na ubezpieczenie społeczne za miesiące: 02/2006, od 09/2011 do 12/2011, od 02/2012 do 03/2012, 09/2012, od 01/2013 do 05/2013 r. nie zostały uregulowane w obowiązującym terminie płatności, a ubezpieczony został wyłączony z prawa do podlegania dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu.

W okresie od 26 lutego 2013 r. do 15 maja 2013 r., kiedy to przebywał na zwolnieniu lekarskim, ubezpieczony nie spełnił warunków do przyznania zasiłku chorobowego i nie miał prawa do pomniejszenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne za ten okres.

Następnie ubezpieczony w pismach z dnia 17 kwietnia 2013 r. i 18 kwietnia 2013 r. wniósł o wyrażenie zgody na opłacenie wszystkich zaległych składek po terminie, lecz w ocenie organu rentowego nie wskazał szczególnych okoliczności uzasadniających pozytywne rozpatrzenie wniosków. Organ rentowy ponadto wskazał, że warunkiem pozytywnego rozpatrzenia wniosku jest m.in. brak zaległości na koncie.

W konsekwencji (...) Oddział w O. pismem z dnia 17 lipca 2013 r. poinformował ubezpieczonego o braku zgody na opłacenie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po obowiązującym terminie.

W dniu 24 grudnia 2013 r. ubezpieczony uiścił brakującą składkę za październik 2005 r., zaś w dniu 28 listopada 2013 r. uiścił w odpowiedniej wysokości składki na FUS za okresy – luty, marzec, kwiecień, maj 2013 r.

W ocenie Sądu Okręgowego odwołanie L. J. nie zasługuje na uwzględnienie. W pierwszej kolejności Sąd Okręgowy odwołał się do przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. Wskazać należy, że zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt 5 tej ustawy obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym podlegają osoby fizyczne, które na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej są osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność. Dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają na swój wniosek osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8 i 10. Z kolei art. 14 ust. 1 ustawy systemowej 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.

W myśl art. 14 ust. 1a ustawy 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.

Stan faktyczny w niniejszej sprawie został ustalony na podstawie dokumentów przedłożonych przez ubezpieczonego oraz znajdujących się w załączonych aktach ubezpieczeniowych. Sąd uznał za wiarygodne dokumenty zaliczone w poczet materiału dowodowego w sprawie, albowiem żadna ze stron postępowania nie kwestionowała ich autentyczności ani prawdziwości zawartych w nich informacji. Stan faktyczny w niniejszej sprawie był w zasadzie

bezsportny. Sporna była kwestia prawna polegająca na ustaleniu, czy w ustalonym stanie faktycznym L. J. podlegał, czy też nie, dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność w okresach od: 6 września 1999 r. do 20 listopada 2005 r., 1 lutego 2006 r. do 28 lutego 2006 r., 1 września 2011 r. do 31 grudnia 2011 r., 1 lutego 2012 r. do 31 marca 2012 r., 1 września 2012 r. do 30 września 2012 r., 1 stycznia 2013 r. do 31 maja 2013 r.

Podkreślić należy, że w orzecznictwie Sądu Najwyższego, jak i Sądów Apelacyjnych ugruntowana jest już wykładnia art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej. Z art. 14 ust. 2 pkt 2 tej ustawy wynika, że opóźnienie w opłaceniu składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe powoduje ustanie ubezpieczenia, a więc dobrowolny tytuł ubezpieczenia społecznego ustaje z mocy prawa od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie należnej na to ubezpieczenie składki. Ustanie ubezpieczenia następuje wskutek wyraźnego uznania przez ustawodawcę, że nieopłacenie przez ubezpieczonego w terminie należnej składki stanowi jego rezygnację z tego rodzaju ubezpieczenia.

A zatem ponowne objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami społecznymi, w tym chorobowym wymaga złożenia nowego wniosku przez zainteresowanego. Samo opłacanie składek na dobrowolne ubezpieczenie społeczne, po ustaniu z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia nie powoduje dalszego trwania ochrony ubezpieczeniowej z wygasłego stosunku ubezpieczenia. Wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym musi być wyraźny i jednoznaczny, nie jest wystarczające samo opłacanie składek przez zainteresowanego oraz przyjmowanie tych składek przez organ rentowy. W tym miejscu należy powołać się na wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 marca 2012 r., w sprawie I UK 339/11 (OSNP 2013/5-6/68, LEX nr 1289188), w którym zostało wskazane, że ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą po ustaniu tytułu podlegania temu ubezpieczeniu w wyniku stwierdzenia przez organ rentowy zaprzestania prowadzenia tej działalności, wymaga zgłoszenia pisemnego wniosku przez ubezpieczonego. W uzasadnieniu wyroku Sąd Najwyższy wskazał, że nie można przyjąć dorozumianego oświadczenia zainteresowanego o objęcie go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, gdyż brak do tego podstaw. Do stosunków ubezpieczenia społecznego - jako stosunków regulowanych prawem publicznym - nie ma zastosowania art. 60 k.c., zgodnie z którym wola osoby dokonującej czynności prawnej może być wyrażona przez każde zachowanie się tej osoby, które ujawnia jej wolę w sposób dostateczny. Przystąpienie do ubezpieczenia społecznego nie jest czynnością prawną prawa cywilnego, do której można stosować wymieniony przepis oraz inne przepisy Kodeksu cywilnego.

Zatem wskazać należy, że ubezpieczony L. J. prowadzący działalność gospodarczą zgłosił w organie rentowym wniosek o objęcie go obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym i dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 1 listopada 2005 r. L. J. podlegał dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą od 21 listopada 2005 r. Ubezpieczony winien opłacać składkę do 15 – go dnia każdego miesiąca.

Jednakże w okresach od 6 września 1999 r. do 20 listopada 2005 r., 1 lutego 2006 r. do 28 lutego 2006 r., 1 września, 2011 r. do 31 grudnia 2011 r., 1 lutego 2012 r. do 31 marca 2012 r., 1 września 2012 r. do 30 września 2012 r., 1 stycznia 2013 r. do 31 maja 2013 r. ubezpieczony nie opłacał składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w terminie albo też nie uiścił ich w odpowiedniej wysokości (np. składka za luty 2013 r.), a zatem w tych okresach ubezpieczony nie podlegał ubezpieczeniu chorobowemu. Składkę za październik 2005 r. opłacił w odpowiedniej wysokości dopiero w dniu 24 grudnia 2013 r., za luty, marzec, kwiecień, maj 2013 r. w dniu 28 listopada 2013 r.

Składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe zaczął opłacać w terminie dopiero za czerwiec 2013 r. kiedy to również złożył wnioskiem o objęcie go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Ma rację organ ubezpieczeniowy podnosząc, iż niezapłacenie składek w terminie generalnie powoduje z mocy art. 14 ust. 2 pkt. 2 cytowanej ustawy ustanie ubezpieczenia. Powyższe oznacza, że L. J. w miesiącach wskazanych w zaskarżonej decyzji rzeczywiście nie podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Dalej Sąd stwierdził, że z powoływanych wyżej przepisów wynika, że dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki na to ubezpieczenie. Jednocześnie

jednak ustawodawca zastrzegł również, że w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie. Z instytucji tej również skorzystał ubezpieczony. W pismach z dnia 17 i 18 kwietnia 2013 r. wniósł o wyrażenie zgody na opłacenie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie za wszystkie miesiące w których składkę opłacono po terminie bądź w niewłaściwej wysokości. Wniosek ubezpieczonego został rozpatrzony negatywnie.

Niewątpliwie wnioskodawca uiścił składki na ubezpieczenie chorobowe za październik 2005 r., oraz za luty, marzec, kwiecień, maj/2013 z uchybieniem ustawowego terminu. W ocenie Sądu Okręgowego decyzja organu rentowego w przedmiocie odmowy przywrócenia terminu do opłacenia składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe była prawidłowa.

W ustawie nie określono przesłanki "wyrażenia zgody" na opłacenie składek po terminie. Winno to następować według sprawdzalnych i sprawiedliwych kryteriów. W wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 13 września 2013 r. (III AUa 1875/12, LEX nr 1381419) odnajdujemy wskazanie, że w tym zakresie trzeba wziąć pod uwagę te szczególne wypadki, gdy z przyczyn niezależnych w danym miesiącu uiszczenie składki nie następuje. Jest to tym bardziej uzasadnione, gdy dochodzi jedynie do zaniżenia wysokości tej składki, niedopatrzanie to zostaje niezwłocznie naprawione, a nadto w historii płatnika zdarzenie to jest jednorazowe. Tymczasem ubezpieczony dopiero w dniu 24 grudnia 2013 r. uiścił brakującą składkę za październik 2005 r., a w dniu 28 listopada 2013 r. uiścił w odpowiedniej wysokości składki na FUS za okresy – luty, marzec, kwiecień, maj/2013, a zatem już po długim czasie od momentu dowiedzenia się o nieuregulowaniu powyższych składek w odpowiednim terminie. Trudno jest, więc mówić, że ubezpieczony z uzasadnionych przyczyn zwlekał przez tak długi okres czasu z dokonaniem wpłat. W historii płatnika zdarzenie nieterminowego opłacania składek nie jest zdarzeniem jednorazowym, a wręcz przeciwnie ubezpieczony kilkakrotnie uchybił terminowości wpłat składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Również tłumaczenie ubezpieczonego zawarte we wnioskach o wyrażenie zgody na opłacenie składek na ubezpieczenie dobrowolne po terminie nie zasługuje na podzielenie. Ubezpieczony wskazuje w nich, że był przekonany, że dzień dokonania przez bank wpłaty pieniędzy na konto ZUS jest również dniem uznania jego terminowości, o czym utwierdziły go zapisy na wyciągach bankowych. Wskazać należy, iż ubezpieczony już niejednokrotnie dokonywał wpłat składek na dobrowolne ubezpieczenie, a zatem okoliczność przez niego podnoszona nie może stanowić przyczyny usprawiedliwiającej nieopłacenia składek w terminie.

Ponadto wskazać należy, że ubezpieczony, pomimo iż został prawidłowo wezwany, nie stawił się na termin rozprawy w dniu 13 lutego 2014 r., a zatem nie było możliwe dokonania analizy zasadności podnoszonych przez ubezpieczonego argumentów uzasadniających jego odwołanie i usprawiedliwiających uchybienie terminowi do zapłaty składek.

Mając na uwadze powyższe, Sąd na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. oddalił odwołanie.

Od powyższego wyroku apelację wywiódł L. J., zaskarżając w całości rozstrzygnięcie Sądu Okręgowego i zarzucając:

- błąd w ustaleniach faktycznych poprzez przyjęcie faktu braku opłacania składek na ubezpieczenie w terminie;
- błąd w ustaleniach faktycznych poprzez pominięcie ugody, jaka została zawarta przez odwołującego z pozwanym w dniu 8 czerwca 2010r. oraz pominięcie wyników kontroli przeprowadzonej w sierpniu 2012r. przez organ rentowy.

Mając powyższe na uwadze skarżący domagał się zmiany zaskarżonego wyroku i poprzedzającej go decyzji organu rentowego poprzez ustalenie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w spornych okresach i wypłacenie z tego tytułu zasiłku chorobowego.

W uzasadnieniu swego stanowiska skarżący zwrócił uwagę na zawarcie ugody z pozwanym, a ponadto na fakt, że korekty składek dotyczyły pracowników i uwzględniały różnice składek za okres zwolnienia lekarskiego. Nadto w dniu 27 czerwca 2012r. została przeprowadzona kontrola firmy, która nie wykazała istnienia zaległości. Stąd też apelacja jest zasadna.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja ubezpieczonego nie jest zasadna.

W niniejszej sprawie oś sporu koncentruje się wokół zagadnienia związanego z dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, które jest uregulowane w ustawie z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych [Dz. U z 2013r. poz.1442, dalej powoływana jako ustawa systemowa]. Już na wstępie trzeba zauważyć, że ubezpieczenie chorobowe charakteryzuje się swoistymi przesłankami na tle pozostałych ubezpieczeń społecznych. I tak warunkiem objęcia ubezpieczeniem chorobowym jest złożenie wniosku, a nadto obowiązek terminowego uiszczenia składki w pełnej wysokości. Wskazane okoliczności wywołują różnice w stosunku do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, które co do zasady powstają z mocy prawa w związku z określonym rodzajem aktywności zawodowej.

W sprawie kluczowego znaczenia nabiera odpowiedź na pytanie, czy ubezpieczony uiszczał składkę w terminie, a nadto czy przepis art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej warunkował kontynuowanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od opłacenia pełnej składki, albo czy wystarczyło uiścić część składki, aby korzystać z tego ubezpieczenia.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego wyjaśniono, iż określenie "składki należnej" nie jest przypadkowe, gdyż odnoszący się do składki przymiotnik oznacza, że chodzi o należną składkę, czyli pełną składkę a więc nie wystarcza jej część. Należna składka to ta, która powinna być zapłacona. Jeżeli składka nie jest należna, a więc mniejsza niż należna, to dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje z mocy ustawy [por. wyrok SN z dnia 18.04.2012r. w sprawie II UK 188/11 lex 1217208]. Przewidziana w ustawie sankcja za niezapłacenie składki w należnej wysokości, czy też za nieuiszczenie składki w terminie wymaga ponownego złożenia pisemnego wniosku przez ubezpieczonego o ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Jednocześnie samo opłacanie składek po ustaniu z mocy prawa tytułu do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego nie prowadzi do powstania ochrony ubezpieczeniowej z tego tytułu. Nie można zatem przyjąć odtworzenia tego ubezpieczenia w sposób dorozumiany, tj. poprzez faktyczne uiszczanie składek, gdyż w świetle treści art. 14 ust.1 i ust.2 ustawy systemowej brak do tego podstaw [tak SN w wyroku z dnia 29.03.2012r. I UK 339/11 lex 1212053].

Przenosząc powyższe uwagi na grunt przedmiotowej sprawy trzeba stwierdzić po pierwsze, że w postępowaniu w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych zakres postępowania wyznacza treść zaskarżonej decyzji. Przytoczone uregulowanie oznacza, że skoro przedmiotowa sprawa dotyczyła wyjaśnienia, czy ubezpieczony podlega ubezpieczeniu społecznemu (chorobowemu), to z istoty rzeczy nie ma możliwości uwzględnienia żądania zawartego w apelacji sprowadzającego się do przyznania prawa do zasiłku chorobowego, czy też ustalenia terminu zwrotu zapłaconych składek. Sprawy o zasiłek chorobowy mieszczą się we właściwości rzeczowej Sądu Rejonowego, a niniejsza sprawa nie dotyczyła kwestii przyznania prawa do świadczenia.

Po wtóre, Sąd pierwszej instancji dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych, które zamykają się stwierdzeniem, że skarżący nie uiszczał składek na ubezpieczenie chorobowe w terminie. Poczynione w tym kierunku ustalenia zostały dokonane w oparciu o zasadę swobodnej oceny dowodów, o której mowa w treści art. 233 § 1 kpc. Powołany przepis zobowiązuje sąd do oceny wiarygodności mocy dowodów według własnego przekonania na podstawie wszechstronnego rozważenia materiału zgromadzonego w sprawie. Z jednej zatem strony sąd orzekający uprawniony jest do oceny tychże dowodów według własnego przekonania z drugiej natomiast sam jest zobowiązany do wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Uprawnienie sądu do oceny dowodów według własnego przekonania nie oznacza oczywiście dowolności w tej ocenie, bowiem poza sporem winno być, iż dokonując tej oceny sąd nie może ignorować zasad logiki, osiągnięć nauki, doświadczenia życiowego. Dopuszczenie się obraży art. 233 § 1 k.p.c. przez sąd może więc polegać albo na przekroczeniu granic swobody oceny wyznaczonej logiką, doświadczeniem, zasadami nauki albo też na niedokonaniu przez sąd wszechstronnego rozważania sprawy. W tym drugim przypadku wyciągnięte przez sąd wnioski mogą być logiczne i zgodne z doświadczeniem życiowym, jednakże sąd czyni je w oparciu o część materiału dowodowego, a pozostałą część tego materiału, która pozwoliłaby na wyciągnięcie innych wniosków, pomija. Jak wspomniano swobodna ocena dowodów rozumiana jak wyżej jest prawem sądu orzekającego

– stąd kontrola prawidłowości tej oceny dokonywana przez sąd odwoławczy musi być z reguły ostrożna, pamiętać bowiem należy o tym, iż sąd odwoławczy w tym zakresie dokonuje prawidłowości oceny dowodów, których sam nie przeprowadził. Podobna wykładnia art. 233 §1 k.p.c. była przedmiotem licznych orzeczeń Sądu Najwyższego (por. m.in. wyrok SN 27.09.2002 r. II CKN 817/00; wyrok SN z 16.04.2002 r. V CKN 1446/00; wyrok SN z 14.03.2002 r. IV CKN 859/00 i inne).

Oceniając zgromadzony w sprawie materiał dowodowy nie można zgodzić się z twierdzeniem o przekroczeniu granic swobodnej oceny dowodów. Przede wszystkim Sąd dopuścił dowód dokumentów znajdujących się w aktach organu rentowego, a wyciągnięte wnioski z tego materiału realizują wyżej wskazane dyrektywy interpretacyjne. Stąd przypomnieć wypada, że zgodnie z treścią art. 47 ust.1 pkt 3 ustawy systemowej w przypadku pozarolniczej działalności gospodarczej prowadzonej przez ubezpieczonego powinien przesłać w tym samym terminie deklarację rozliczeniową, imienne raporty miesięczne oraz opłacić składki za dany miesiąc do 15 dnia następnego miesiąca. Zawarty w tym przepisie zwrot „opłaca składkę za dany miesiąc” oznacza, iż w dniu 15 następnego miesiąca należna składka musi być już zaksięgowana na koncie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, gdyż swoisty dług pieniężny z jakim mamy do czynienia w sprawie jest długiem oddawczym, a nie długiem odbiorczym. Tym samym za dzień spełnienia obowiązku publicznoprawnego uważa się dzień uznania rachunku przez organ rentowy, a nie dzień złożenia przelewu do realizacji.

W związku z płatnością za pośrednictwem systemu bankowego trzeba wyróżnić następujące momenty. Pierwszy jest związany ze złożeniem dyspozycji przelewu na rachunek wierzyciela. Regulamin konkretnego banku określa, w jakim terminie bank jest zobowiązany do realizacji tego polecenia przelewu. Zazwyczaj ma to miejsce tego samego dnia, o ile dyspozycja przelewu zostanie złożona do określonej godziny, albo realizacja nastąpi kolejnego dnia roboczego. To są okoliczności, za które odpowiedzialność ponosi płatnik składek, gdyż zawierając umowę prowadzenia rachunku bankowego potwierdza zaznajomienie się z regulaminem. Drugi moment, to obciążenie rachunku wierzyciela wskazaną przez niego kwotą w poleceniu przelewu, co nie jest jednoznaczne z zaksięgowaniem ich na rachunku wierzyciela. W końcu trzeci moment, to uznanie rachunku wierzyciela, czyli czas w którym środki pieniężne pozostają już do jego dyspozycji.

W odniesieniu do terminów płatności skarżącego, to przykładowo można wskazać, że dzień 15.10.2011r. przypadał w sobotę. Nie jest to dzień ustawowo wolny od pracy, a zatem złożenie wówczas przelewu spowodowało uznanie rachunku wierzyciela w dniu 17 października 2011r. w poniedziałek [pierwszy dzień roboczy]. Stąd też powstało opóźnienie w płatności należności. Identycznie rzecz wyglądała we wrześniu 2012r., kiedy to 15 dzień miesiąca wypadał w sobotę. Trzeba przecież pamiętać, że płatnik składek może również uiścić składkę przed tym terminem, co mając na uwadze skutki w przypadku ubezpieczenia chorobowego wydaje się właściwym sposobem realizacji prawa do ubezpieczenia chorobowego. Stąd też wskazane przez skarżącego terminy realizacji przelewów do organu rentowego nie oznaczają uwolnienia się od obowiązku udowodnienia uiszczenia składki na ubezpieczenie chorobowe w terminie. Drugą kwestią to uiszczenie składki w terminie, lecz w nieprawidłowej wysokości. Ma to miejsce zwłaszcza, gdy płatnik dokonuje niezasadnych potrąceń w związku z pomniejszaniem należnych składek o kwoty wypłaconych świadczeń z własnego ubezpieczenia chorobowego, które uprzednio ustalił skutek nieuiszczenia składki w terminie.

Powyższej oceny nie mogą zmienić argumenty, do których nawiązuje skarżący w apelacji. Przede wszystkim dołączona na etapie postępowania apelacyjnego umowa nr (...) o rozłożeniu na raty należności z tytułu składek, zawarta w dniu 8 czerwca 2010r, dotyczy zaległych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych. Tego rodzaju umowa nie konwaliduje ubezpieczenia chorobowego, gdyż jak wyżej wskazano ubezpieczenie chorobowe cechuje się swoistymi odrębnościami. Nadto zaległości zamykają się na miesiącu października 2009r., a więc nie dotyczą opóźnień związanych z niniejszą sprawą.

Następny dokument, na który powołuje się skarżący, to protokół kontroli przeprowadzonej u płatnika składek w terminie od dnia 16 do 23 sierpnia 2012r. Jak wynika z jej treści dotyczyła ona prawidłowości zgłaszania do ubezpieczeń społecznych zatrudnionych u płatnika pracowników. Tymczasem spór w sprawie dotyczy składek na ubezpieczenie płaconych wyłącznie za siebie. Nie zachodzi tu prosta konwersja, polegająca na stwierdzeniu trwania

ubezpieczenia chorobowego, które de facto z mocy prawa ustalo w razie wystąpienia przesłanek opisanych wyżej w treści art. 14 ustawy systemowej. Dodatkowo zwrócić uwagę należy na treść § 13 ust.1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 kwietnia 2008 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, do których poboru jest zobowiązany Zakład Ubezpieczeń Społecznych [Dz. U z 2008r. nr 78; poz.465], zgodnie z którym jeżeli wpłata składek na ubezpieczenia społeczne jest wyższa niż kwota należnych składek z tego tytułu wynikająca z rozliczenia dokonanego w deklaracji za dany miesiąc kalendarzowy, nadwyżkę pozostałą po pokryciu należnych składek na ubezpieczenia społeczne za dany miesiąc kalendarzowy zalicza się proporcjonalnie na pokrycie zaległych należności funduszu emerytalnego i otwartych funduszy emerytalnych, począwszy od zobowiązań o najwcześniejszym terminie płatności. Z kwoty pozostałej po rozliczeniu, o którym mowa w ust. 1, pokrywa się proporcjonalnie należności funduszu rentowego, funduszu chorobowego i funduszu wypadkowego, począwszy od zobowiązań o najwcześniejszym terminie płatności. Nie można zatem wywodzić, że w oparciu o protokół kontroli brak podstaw do stwierdzenia zaległości na koncie związanym z ubezpieczeniem chorobowym wnioskodawcy.

Przyznanie okoliczności dotyczącej opłaty składek po terminie, a tym samym brak podstaw do dalszego prowadzenia postępowania dowodowego w tym kierunku, wynika z wniosku ubezpieczonego o wyrażenie zgody na opłacanie składek na ubezpieczenie dobrowolne po terminie. Przecież taki wniosek składa strona, która zdaje sobie sprawę z uchybienia terminowi płatności należności. W sprawie nie zachodzi konieczność ponownej oceny, czy organ rentowy zasadnie odmówił wyrażenia zgody na opłacenie składek po terminie. Natomiast takie badanie ma miejsce w razie złożenia odwołania od decyzji odmawiającej wypłaty zasiłku chorobowego. W tym miejscu trzeba przytoczyć uchwałę SN z dnia 8 stycznia 2007 r., I UZP 6/06, zgodnie z którą Sąd rozpoznający odwołanie w przedmiocie odmowy wypłaty zasiłku chorobowego bada zachowanie terminu do opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe oraz zasadność odmowy wyrażenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych zgody na opłacenie składki po terminie.

W końcu trzeba też zwrócić uwagę na rozkład ciężaru dowodu i moment przedstawienia dowodów. Jak wynika z analizy akt sprawy ubezpieczony ani do odwołania, ani w toku postępowania przed sądem I instancji nie składał wniosków dowodowych. W tej sytuacji wydanie niekorzystnego dla strony wyroku nie stanowi samoistnej podstawy powołania się w postępowaniu apelacyjnym na nowe fakty i dowody [tak SN z dnia 24.03.1999r. w sprawie I PKN 640/98]. Przypomnieć wypada, że zgodnie z treścią art. 381 kpc sąd drugiej instancji może pominąć nowe dowody, jeżeli strona mogła je powołać w postępowaniu przed Sądem pierwszej instancji, chyba że potrzeba powołania się na nie wynikła później. W sprawie nie mamy do czynienia z powstaniem takiej potrzeby po wydaniu orzeczenia przez Sąd Okręgowy. Jak wynika z materiału procesowego ubezpieczony dysponował możliwością zgłoszenia takiego wniosku. Występujący w art. 381 kpc zwrot: "potrzeba powołania się na nowe fakty i dowody wynikła później" nie może być przy tym pojmowany - jak zdaje się to zakładać strona powodowa - w ten sposób, że "potrzeba" ich powołania może wynikać jedynie z tego, iż rozstrzygnięcie sądu pierwszej instancji jest dla strony niekorzystne, gdyż takie pojmowanie art. 381 kpc przekreślałoby jego sens i rację istnienia. "Potrzeba" ta ma być następstwem zmienionych okoliczności sprawy, które są niezależne od zapadłego rozstrzygnięcia pochodzącego od sądu pierwszej instancji.

Mając powyższe na uwadze apelacja wnioskodawcy podlega oddaleniu z mocy art. 385 kpc.

O kosztach postępowania odwoławczego orzeczono na zasadzie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. oraz § 13 ust. 1 pkt 2 w zw. z §12 ust.2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz. U. z 2013 r. poz.461 tekst jednolity).