

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 października 2016r.

Sąd Okręgowy Warszawa - Praga w Warszawie VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Agnieszka Stachurska
Protokolant:	Maria Nalewczyńska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 5 października 2016r. w Warszawie

sprawy K. B. (1)

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w W.

o podleganie dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu

na skutek odwołania K. B. (1)

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w W.

z dnia 7 marca 2015 roku, nr (...)

- zmienia zaskarżoną decyzję w ten sposób, że stwierdza, że K. B. (1) z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 20 listopada 2015 roku do dnia 15 grudnia 2015 roku;
- zasądza od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w W. na rzecz K. B. (1) kwotę 120 zł (sto dwadzieścia złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

## UZASADNIENIE

W dniu 7 kwietnia 2016r. **K. B. (1)** złożyła za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w W. odwołanie od decyzji z dnia 7 marca 2016r., nr (...), stwierdzającej, że podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą w okresie od dnia 2 czerwca 2014 roku do dnia 19 listopada 2015 roku oraz od dnia 16 grudnia 2015 roku, nie podlegała zaś temu ubezpieczeniu w okresie od 20 listopada 2015r. do 15 grudnia 2015r.

Ubezpieczona wniosła o zmianę zaskarżonej decyzji i orzeczenie, że podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej od dnia 2 czerwca 2014r. do dnia 19 listopada 2015r. oraz od dnia 20 listopada 2015r. do nadal.

W uzasadnieniu odwołania K. B. (1) wskazała, że po terminie złożyła wniosek o ponowne objęcie ubezpieczeniem chorobowym od dnia 20 listopada 2015r., po zakończeniu urlopu rodzicielskiego i po terminie opłaciła składkę na ubezpieczenie społeczne za okres od 20 listopada 2015r. do dnia 15 grudnia 2015r. z uwagi na chorobę. W tym czasie

leczyła się na depresję i nie była w stanie prowadzić swoich spraw. ZUS posiada zwolnienie lekarskie od psychiatrii stwierdzające niezdolność do pracy od dnia 19 listopada 2015r.

W związku z powyższym ubezpieczona wniosła o przywrócenie terminu do złożenia wniosku o wyrejestrowanie i ponowne zarejestrowanie do ubezpieczeń społecznych oraz do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego i o zweryfikowanie stanowiska ZUS co do braku zgody na opłacenie składek za ten okres po terminie. Dla uzasadnienia swego stanowiska K. B. (1) zacytowała uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 8 stycznia 2007r. (I UZP 6/06) (odwołanie z dnia 6 kwietnia 2016r., k. 2 a.s.).

W odpowiedzi na odwołanie z dnia 9 maja 2016r. **Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w W.** wniósł o oddalenie odwołania K. B. (1) na podstawie art. 477<sup>14</sup> § 1 k.p.c.

Uzasadniając swe stanowisko organ rentowy wskazał, że K. B. (1) zgłosiła się do ubezpieczeń społecznych z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej, w tym do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, od dnia 2 czerwca 2014r. W okresie od dnia 21 listopada 2014r. do dnia 19 listopada 2015r. przebywała na zasiłku macierzyńskim i od dnia 20 listopada 2015r. była zobowiązana do zgłoszenia siebie do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych.

W dniu 21 grudnia 2015r. ubezpieczona zgłosiła wniosek o przywrócenie terminu płatności składek na ubezpieczenie chorobowe za listopad 2015r. Pismem z dnia 25 stycznia 2016r. Zakład poinformował ubezpieczoną o bezprzedmiotowości wniosku z uwagi na brak zgłoszenia do ubezpieczenia chorobowego w w/w terminie. Ubezpieczona dopiero od dnia 1 grudnia 2016r. zgłosiła się do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, w tym do ubezpieczenia chorobowego. Dokument zgłoszeniowy wpłynął do Zakładu w dniu 16 grudnia 2015r., zatem jako datę objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym przyjęto właśnie ten dzień. Podstawę działania organu rentowego stanowił zacytowany przepis art. 14 ust. 1 i ust. 1a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (odpowiedź na odwołanie z dnia 9 maja 2016r., k. 3 – 4 a.s.).

#### ***Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:***

K. B. (1) od dnia 2 czerwca 2014 roku prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą pod nazwą (...) K. B. (1) i z tego tytułu począwszy od wskazanej daty była zgłoszona do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, w tym do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego (wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, k. 31 a.s., (...) z dnia 2 czerwca 2014r., nienumerowana karta a.r.,(...), nienumerowane karty a.r.).

W związku z prowadzeniem działalności gospodarczej ubezpieczona korzysta z pomocy księgowej A. Ł. (1), która przygotowuje dla ubezpieczonej i wysyła drogą elektroniczną dokumenty do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Składki ubezpieczona płaci jednak sama (zeznania K. B. (1), protokół pisemny rozprawy w dniu 29 lipca 2016r., k. 34-35 a.s., e-protokół rozprawy z dnia 29 lipca 2016r., płyta CD – k. 36 a.s., zeznania świadka A. Ł. (1), protokół pisemny rozprawy w dniu 5 października 2016r., k. 53-54 a.s., e-protokół rozprawy z dnia 5 października 2016r., płyta CD – k. 55 a.s.).

W okresie od dnia 21 listopada 2014r. do dnia 19 listopada 2015r. K. B. (1) przebywała na urlopie macierzyńskim. W tym czasie nie dokonywała wyrejestrowania z ubezpieczeń społecznych, w tym z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego (zeznania K. B. (1), protokół pisemny rozprawy w dniu 29 lipca 2016r., k. 34-35 a.s., e-protokół rozprawy z dnia 29 lipca 2016r., płyta CD – k. 36 a.s.).

W okresie urlopu macierzyńskiego ubezpieczona miała problemy zdrowotne oraz osobiste. Nie była w stanie zajmować się dzieckiem, niczym się nie interesowała i tylko w pewnych okresach przypominała sobie o konieczności podjęcia jakichś działań. W związku z tym była leczona w (...), przez lekarza psychiatrę. Rozpoznano u niej reakcję adaptacyjną o typie depresyjnym. Wizyty u psychiatry odbyły się w dniach: 16 listopada 2015r., 21 grudnia 2015r. oraz 21 stycznia 2016r. Podczas pierwszej z nich zostało włączone leczenie farmaceutyczne, które jednak nie przyniosło poprawy stanu psychicznego i wywołało poplekowe uporczywe objawy uboczne. W związku z tym w czasie drugiej wizyty nastąpiła zmiana leku, podczas trzeciej zaś zwiększono jego dawkę. Dodatkowo, z uwagi na występowanie nasilonych objawów

depresyjnych, K. B. (1) od dnia 19 listopada 2015r. do dnia 11 stycznia 2016r. była niezdolna do pracy i korzystała ze zwolnienia lekarskiego (zeznania K. B. (1), protokół pisemny rozprawy w dniu 29 lipca 2016r., k. 34-35 a.s., e-protokół rozprawy z dnia 29 lipca 2016r., płyta CD – k. 36 a.s., zaświadczenie o leczeniu, k. 41 a.s.).

Pod koniec listopada 2015r. ubezpieczona w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych uzyskała informację, że po urlopie macierzyńskim wciąż podlega ubezpieczeniu chorobowemu w związku z prowadzeniem pozarolniczej działalności gospodarczej. W grudniu, gdy na jej konto nie wpłynął zasiłek chorobowy w związku niezdolnością do pracy od dnia 19 listopada 2015r., ubezpieczona zadzwoniła, a potem podjechała do Zakładu, aby wyjaśnić tę sytuację. Wówczas uzyskała informację, że w czasie pobierania zasiłku macierzyńskiego powinna wyrejestrować się z ubezpieczeń społecznych w związku z prowadzeniem pozarolniczej działalności gospodarczej, a potem zarejestrować się ponownie, gdy nastąpi zaprzestanie wypłaty zasiłku macierzyńskiego (zeznania K. B. (1), protokół pisemny rozprawy w dniu 29 lipca 2016r., k. 34-35 a.s., e-protokół rozprawy z dnia 29 lipca 2016r., płyta CD – k. 36 a.s.).

Składki na ubezpieczenia społeczne za miesiąc listopad 2015r. zostały wyliczone przez ubezpieczoną i przez nią zapłacone w dniu 14 grudnia 2015r. Po dokonaniu zapłaty ubezpieczona skontaktowała się z księgową i poinformowała ją o zapłacie składek oraz o konieczności ponownego zarejestrowania w związku z prowadzeniem pozarolniczej działalności gospodarczej (zeznania K. B. (1), protokół pisemny rozprawy w dniu 29 lipca 2016r., k. 34-35 a.s., e-protokół rozprawy z dnia 29 lipca 2016r., płyta CD – k. 36 a.s., potwierdzenie przelewu składek, nienumerowane karty a.r.).

W dniu 16 grudnia 2015r. K. B. (1) złożyła dokument zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą, w tym do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od dnia 1 grudnia 2015r. ( (...) z dnia 16 grudnia 2015r., nienumerowana karta a.r.). Dodatkowo skierowała do organu rentowego w dniu 21 grudnia 2015r. wniosek o przywrócenie terminu płatności składek za listopad 2015r., w którym powołała się na problemy zdrowotne związane z epizodem depresji (wniosek z dnia 16 grudnia 2015r. o przywrócenie terminu płatności składek, nienumerowane karty a.r.).

Zakład Ubezpieczeń Społecznych pismem z dnia 25 stycznia 2016r. poinformował ubezpieczoną, że jej wniosek z dnia 21 grudnia 2015r. o przyjęcie składek opłaconych po obowiązującym terminie płatności na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc listopad 2015r. został uznany za bezprzedmiotowy (pismo ZUS z dnia 25 stycznia 2016r., nienumerowana karta a.r.).

K. B. (1) w dniu 8 lutego 2016r. złożyła w organie rentowym wniosek o wydanie decyzji określającej od kiedy obejmuje ją ubezpieczenie chorobowe (wniosek K. B. (1) z dnia 8 lutego 2016r., nienumerowana karta a.r.).

Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w W. w dniu 7 marca 2016r. wydał decyzję nr (...), w której stwierdził, że K. B. (1) podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą w okresie od dnia 2 czerwca 2014 roku do dnia 19 listopada 2015 roku oraz od dnia 16 grudnia 2015 roku, nie podlegała zaś temu ubezpieczeniu w okresie od 20 listopada 2015r. do 15 grudnia 2015r. (decyzja ZUS z dnia 7 marca 2016r., nienumerowane karty a.r.). Ubezpieczona złożyła odwołanie od wskazanej decyzji (odwołanie z dnia 6 kwietnia 2016r., k. 2 a.s.).

Sąd Okręgowy ustalił powyższy stan faktyczny na podstawie powołanych dokumentów zgromadzonych w aktach organu rentowego oraz w aktach sprawy, a także na podstawie zeznań ubezpieczonej K. B. (1) i świadka A. Ł. (1).

Wskazane dowody były spójne i korespondowały ze sobą potwierdzając niesporne między stronami: daty zgłoszenia K. B. (1) do ubezpieczeń społecznych, w tym do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego; okres pobierania zasiłku macierzyńskiego oraz korespondencję prowadzoną przez ubezpieczoną z Zakładem po zakończeniu urlopu macierzyńskiego. Jeśli chodzi zaś o problemy zdrowotne ubezpieczonej w okresie trwania urlopu macierzyńskiego i później, to potwierdziły je korespondujące ze sobą zeznania K. B. (1) oraz zaświadczenie o leczeniu z dnia 10 sierpnia 2016r., którym Sąd dał wiarę.

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

Odwołanie K. B. (1) od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych II Oddziału w W. z dnia 7 marca 2016r., nr (...), zasługiwało na uwzględnienie.

Przedmiotem rozstrzygnięcia w rozpatrywanej sprawie było w pierwszej kolejności dokonanie interpretacji przepisów ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2016r. poz. 963), zwanej dalej ustawą systemową, i ustalenie, czy w przypadku ubezpieczonej - która w trakcie prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej pobierała zasiłek macierzyński - istniała konieczność dokonania po zakończeniu urlopu macierzyńskiego ponownego zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych, w tym do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Organ rentowy swoje stanowisko w tym zakresie przedstawił w piśmie z dnia 11 sierpnia 2016r. (k. 39 a.s.). Z kolei pełnomocnik ubezpieczonej w obszernym piśmie procesowym z dnia 25 lipca 2016r. prezentował odmienną interpretację przepisów.

Art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy systemowej wskazuje, że obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym podlegają, z zastrzeżeniem art. 8 i 9, osoby fizyczne, które na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej są osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność oraz osobami z nimi współpracującymi. Zgodnie z art. 12 ust. 1 tej ustawy, w stosunku do takich osób istnieje również obowiązek ubezpieczenia wypadkowego.

Jeśli chodzi z kolei o ubezpieczenie chorobowe osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, to zgodnie z art. 11 ust. 2 ustawy systemowej, takiemu ubezpieczeniu osoby te podlegają dobrowolnie na swój wniosek. W myśl art. 14 tej ustawy objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem 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, który przewiduje, że objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4.

Zgodnie z art. 14 ust. 2 ustawy systemowej dobrowolne ubezpieczenia chorobowe ustają:

- 1) od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony;
- 2) od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie - w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących, duchownych oraz osób wymienionych w art. 7; w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, z zastrzeżeniem ust. 2a;
- 3) od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom.

Okres podlegania obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu i chorobowemu w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą - w myśl art. 13 pkt 4 ustawy systemowej - trwa od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności, z wyłączeniem okresu, na który wykonywanie działalności zostało zawieszona na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej.

K. B. (1) w okresie prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej urodziła dziecko i pobierała zasiłek macierzyński i w związku z tym, zgodnie z art. 6 ust. 19 ustawy systemowej, z tego tytułu podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym. W takim wypadku, w myśl art. 16 ust. 8 ustawy, składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe finansuje w całości budżet państwa za pośrednictwem Zakładu. Zgodnie z art. 36 ust. 1 i ust. 9a zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych takich osób dokonuje płatnik składek poprzez wykazanie ubezpieczonego w imiennym raporcie miesięcznym.

Biorąc pod uwagę wskazane regulacje, a także treść art. 9 ustawy systemowej, zasadne jest twierdzenie, że w sytuacji, w której ubezpieczona prowadząca działalność gospodarczą i podlegająca z tego tytułu ubezpieczeniom, urodziła dziecko i pobierała zasiłek macierzyński, nastąpił zatem zbieg tytułów ubezpieczeń. Wspomniany art. 9 ustawy systemowej w ustępie 1c reguluje tę kwestię wskazując, że osoby, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8 i 10 – w tej grupie mieszczą się osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą - spełniające jednocześnie warunki do objęcia ich obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego, podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego. Mogą one jednak dobrowolnie, na swój wniosek, być objęte ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi także z pozostałych, wszystkich lub wybranych, tytułów.

Z treści cytowanych przepisów wynika, że w czasie, gdy K. B. (1) pobierała zasiłek macierzyński, z tego właśnie tytułu podlegała ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym. Nie zaprzestała jednak prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, choć jej faktycznie nie realizowała z uwagi na opiekę nad dzieckiem. To z kolei oznacza, zdaniem Sądu, że nie miała obowiązku dokonania wyrejestrowania, a potem ponownego zgłoszenia się do ubezpieczeń w związku z prowadzeniem pozarolniczej działalności gospodarczej, jak twierdzi organ rentowy. Przywołany wyżej art. 13 pkt 4 ustawy systemowej wskazuje bowiem, że okres podlegania obowiązkowo ubezpieczeniom trwa od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności, z wyłączeniem okresu, na który wykonywanie działalności zostało zawieszona na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej. W okresie zawieszenia działalności gospodarczej ustanie obowiązku ubezpieczeń społecznych następuje od dnia, w którym rozpoczyna się zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej, do dnia poprzedzającego dzień wznowienia wykonywania działalności gospodarczej, przy czym, co wyraźnie wynika z art. 36a ustawy systemowej - wznowienie wykonywania działalności gospodarczej nie wymaga ponownego zgłoszenia do ubezpieczenia.

Zdaniem Sądu, analogiczna sytuacja braku konieczności ponownego zgłaszania do ubezpieczenia, choć nie uregulowana w ustawie systemowej w sposób wyraźny, dotyczy również osób, które w czasie prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej pobierają zasiłek macierzyński. Ich sytuacja jest bowiem podobna. Takie osoby, podobnie jak zawieszający działalność gospodarczą nie muszą dokonać wyrejestrowania, a następnie ponownego zgłoszenia do ubezpieczeń. Stanowisko Zakładu w tej części nie jest zatem prawidłowe.

Ponadto, dobrowolne ubezpieczenie chorobowe K. B. (1) w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego nie ustało, gdyż nie zaistniały okoliczności wskazywane w art. 14 ustawy systemowej, co potwierdza zresztą wyraźnie zaskarżona decyzja, z której wynika, że w okresie od 2 czerwca 2014r. do 19 listopada 2015r. (tj. do dnia, w którym nastąpiło zakończenie wypłaty zasiłku macierzyńskiego), ubezpieczona podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu. Skoro tak, to stanowisko Zakładu już choćby z tej przyczyny jest niekonsekwentne i niesłuszne. Jeśli K. B. (1) do 19 listopada 2015r. była osobą prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą podlegającą dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu, to nie było podstaw, by uznać, że od dnia następnego takie dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustało wskutek niedopełnienia formalności związanych z ponownym zarejestrowaniem. Art. 14 ustawy systemowej określa, kiedy dochodzi do ustania ubezpieczenia chorobowego, ale sytuacje opisane w ust. 2 pkt 1 i 3 tego przepisu nie wystąpiły, a mianowicie ubezpieczona nie dokonała wyrejestrowania z ubezpieczenia chorobowego, ponadto nie nastąpiło ustanie tytułu podlegania ubezpieczeniom. K. B. (1) bowiem nawet w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego wciąż prowadziła pozarolniczą działalność gospodarczą. Poprzez fakt, iż tylko czasowo faktycznie jej nie realizowała, nie przestała być osobą prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą, a w przypadku takich osób - zgodnie z art. 13 ust. 4 ustawy systemowej - podleganie obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, chorobowemu i wypadkowemu następuje od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności, z wyłączeniem okresu, na który wykonywanie działalności zostało zawieszona na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej.

Powyższe stanowisko Sądu – jak już być wskazane – wydaje się aprobować Zakład, żądając jednocześnie od ubezpieczonej ponownego zgłoszenia do ubezpieczenia chorobowego, podczas gdy to ubezpieczenie chorobowe, które

trwało od dnia 2 czerwca 2014r., czyli od chwili rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej, do dnia 19 listopada 2015r., czyli do końca okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego, nie ustało. W takiej sytuacji jedynym przypadkiem, w którym od dnia 20 listopada 2015r. mogłoby dojść do ustania ubezpieczenia chorobowego, jest ten, o którym mowa w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, a zatem okoliczność związana z opłaceniem składki po terminie bądź w niepełnej wysokości. Taka sytuacja zaistniała właśnie w rozpatrywanej sprawie, bowiem K. B. (1) należną składkę za listopad 2015r. zapłaciła 14 grudnia 2015r., a zatem po terminie. Organ rentowy mógł jednak wyrazić zgodę na opłacenie tejże składki po terminie, o co ubezpieczona wnioskuje. Jej wniosek jednak został niesłusznie uznany za bezprzedmiotowy, podczas gdy powinien – z powodów, o których była mowa – podlegać rozpatrzeniu.

Sąd analizując przedmiotową sprawę ocenił więc samodzielnie, że istniały przesłanki do wyrażenia ubezpieczonej zgody na opłacenie składki po terminie.

W postanowieniu Sądu Najwyższego z 14 listopada 2007r. (II UK 65/07, Lex nr 863989, wskazano, że w ustawie systemowej nie zostały określone przesłanki wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie, co jednak nie oznacza przyznania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych niczym nieskrępowanego uznania w uwzględnieniu lub nieuwzględnieniu wniosku o wyrażenie tej zgody. Przyznana organowi rentowemu kompetencja powinna być wykonywana według sprawdzalnych, sprawiedliwych kryteriów. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, wyposażony w uprawnienie wyrażania zgody na opłacenie składki po terminie, powinien ujawnić, jakimi przesłankami kierował się odmawiając jej, a jego decyzja podlega merytorycznej ocenie sądu. Użyte w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej 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 (np. o niepodleganiu dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu). W tym drugim przypadku, w razie poddania decyzji kontroli sądowej, badanie obejmuje wszystkie okoliczności, także te, które stanowiły przesłanki zaskarżonego rozstrzygnięcia. Sąd ubezpieczeń społecznych w ramach kontroli zapadłej decyzji nie jest związany ustaleniami faktycznymi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i dokonuje samodzielnych ustaleń w zakresie stanu faktycznego oraz ocenia zasadność wniosku złożonego przez ubezpieczonego (płatnika składek).

Chociaż przesłanki wyrażenia przez organ rentowy zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie nie zostały określone przez ustawodawcę, to należy przyjąć, że przesłankami tymi są okoliczności związane z przebiegiem samego ubezpieczenia chorobowego i przyczynami uchybienia terminu do opłacenia składki. Skoro ubezpieczenie chorobowe osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą ma dobrowolny charakter i jego powstanie uzależnione jest od woli samego ubezpieczonego, a warunkiem trwania tego ubezpieczenia jest terminowe opłacanie należnych z tego tytułu składek, to dotychczasowy sposób wywiązywania się płatnika z tego obowiązku (opłacania składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe) nie pozostaje bez wpływu na ocenę zasadności uwzględnienia wniosku o przywrócenie uchybionego terminu. Jest to jednak tylko jeden z aspektów sprawy, który powinien być analizowany w powiązaniu z pozostałymi okolicznościami, a przede wszystkim przyczynami nieterminowego opłacenia danej składki (wyrok Sądu Najwyższego z 6 sierpnia 2015r., III UK 233/14, Lex nr 1784526). Ogólnie jako przyczyny uzasadniające wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie (art. 14 ust. 2 pkt 2 u.s.u.s.) wskazać można: chorobę ubezpieczonego, nagły wyjazd, brak pieniędzy wywołany czynnikami niezależnymi od ubezpieczonego, siłę wyższą, wypadek losowy czy też inne okoliczności, które obiektywnie wyjaśniają, że zapłata składek w terminie była niemożliwa albo niezapłacenie ich w terminie było niezależne od woli ubezpieczonego, a samo niezapłacenie składek w terminie nie było spowodowane tylko zaniedbaniem (brakiem staranności) ubezpieczonego (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 stycznia 2016r., I UK 35/15, Lex nr 2004234).

W rozpatrywanej sprawie ubezpieczona nie zapłaciła w terminie należnej składki za listopad 2015r. z uwagi na jej szczególną sytuację osobistą i zdrowotną. W tym czasie bowiem, a nawet jeszcze w okresie urlopu macierzyńskiego, cierpiała na głęboką depresję, a z tym wiązało się przyjmowanie silnych leków oraz brak możliwości normalnego funkcjonowania i dbania o swoje sprawy. Ubezpieczona, jak wynika z jej zeznań, a także z zaświadczenia lekarskiego opisującego leczenie, miała obniżony nastrój, a także brak chęci do podejmowania jakichkolwiek działań, nawet w stosunku do dziecka. W związku z tym tylko okresowo przypominały jej się sprawy, którymi powinna się zająć, jej stan w tym czasie był jednak na tyle poważny, że musiała być poddana farmakoterapii, z czym także wiązały

się różnego rodzaju skutki uboczne, źle wpływające na funkcjonowanie. Wobec tego, zdaniem Sądu, zaistniała sytuacja usprawiedliwiająca opłacenie przez ubezpieczoną składki za listopad 2015r. po terminie. To z kolei powinno skutkować dalszym trwaniem ubezpieczenia chorobowego od dnia 20 listopada 2015r.

Podsumowując, Sąd podzielił argumentację ubezpieczonej, nie zgodził się zaś ze stanowiskiem organu rentowego. Wobec tego, na podstawie art. 477<sup>14</sup> §2 k.p.c. zaskarżona decyzja podlegała zmianie poprzez stwierdzenie, że K. B. (1) jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 20 listopada 2015r. do dnia 15 grudnia 2015r.

Sąd na podstawie art. 98 k.p.c. zasądził od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w W. na rzecz K. B. (1) kwotę 120 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego. Wskazana kwota stanowiąca stawkę minimalną została ustalona na podstawie rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2015 roku, poz. 1804).

Wysokość stawki minimalnej kosztów zastępstwa procesowego w tego rodzaju sprawach jak rozpatrywana, powinna być ustalana przy uwzględnieniu wartości przedmiotu sporu, co potwierdził Sąd Najwyższy w uchwale 7 sędziów z dnia 20 lipca 2016r. (III UZP 17/15). Wartość przedmiotu sporu to z kolei kwota składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za sporny okres od 20 listopada 2015r. do 15 grudnia 2015r., która nie przewyższa kwoty 500 zł, a zatem stawka minimalna kosztów zastępstwa procesowego, zgodnie z § 2 pkt 1 cytowanego rozporządzenia, wynosi 120 zł i taką Sąd zasądził w punkcie 2 wyroku.

## ZARZĄDZENIE

(...)

a) (...)

b) (...)