

Sygn. akt VII U 1091/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 listopada 2018 r.

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

w składzie:

Przewodniczący: SSO Agnieszka Stachurska

Protokolant: sekr. sądowy Anna Bańcerowska

po rozpoznaniu w dniu 20 listopada 2018 r. w Warszawie na rozprawie

sprawy A. N.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w W.

o podleganie dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu

na skutek odwołania A. N.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych(...) Oddział w W.

z dnia 28 lutego 2017 r. numer (...)

1. zmienia zaskarżoną decyzję w części w ten sposób, że stwierdza, że A. N. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od 5 czerwca 2015 r. do 2 czerwca 2016 r., od 1 lipca 2016 r. do 31 lipca 2016 r. oraz od 1 września 2016 r. do 31 grudnia 2016 r.,

2. zasądza od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych(...) Oddział w W. na rzecz A. N. kwotę 450,00 zł (czteryście pięćdziesiąt złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu.

UZASADNIENIE

A. N. złożyła odwołanie od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w W. z dnia 28 lutego 2017r., numer: (...). Zarzuciła jej:

1. naruszenie prawa procesowego, tj.:

a) art. 39 k.p.a. w związku z art. 40 § 2 k.p.a. w związku z art. 123 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez brak doręczenia decyzji pełnomocnikowi ustanowionemu w sprawie, co uzasadnia wznowienie postępowania na zasadzie art. 145 § 1 pkt 4 w zw. z art. 10 § 1 k.p.a.;

b) art. 7, art. 75, art. 77, art. 78, art. 80 k.p.a. w zw. z art. 123 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez niedokładne wyjaśnienie stanu faktycznego sprawy oraz rozpatrzenie materiału dowodowego w sposób sprzeczny z zasadami logiki i doświadczenia życiowego w sposób dalece wykraczający poza swobodną ocenę i zawierający ewidentne błędy, polegające na:

- przyjęciu, że ubezpieczona nie dokonała zgłoszenia siebie do ubezpieczenia zdrowotnego za okres pobierania zasiłku macierzyńskiego, to jest od dnia 5 czerwca 2015r. do dnia 2 czerwca 2016r., podczas gdy brak było obowiązku dokonania takiego zgłoszenia;

- przyjęciu, że ubezpieczona nie dokonała zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych w tym do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego po ustaniu zasiłku macierzyńskiego, podczas gdy brak było obowiązku dokonania takiego zgłoszenia,

co miało istotny wpływ na treść decyzji, bowiem w konsekwencji spowodowało błędne przyjęcie przez organ rentowy, że wniosek o przyjęcie składek opłaconych po terminie płatności na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za lipiec, wrzesień i październik 2016r. został uznany za bezprzedmiotowy i w związku z tym Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydał zaskarżoną decyzję o okresach podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu uznając, że ubezpieczona nie podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą w okresach od 5 czerwca 2015r. do 2 czerwca 2016r., od 1 lipca 2016r. do 31 lipca 2016r., a także od 1 września 2016r. do 31 grudnia 2016r.;

2. naruszenie przepisów prawa materialnego, to jest art. 13 pkt 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, zgodnie z którym okres podlegania obowiązkowo ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu i chorobowemu w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą trwa od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności gospodarczej do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności poprzez jego niezastosowanie w sprawie.

Powołując się na wskazane zarzuty ubezpieczona wniosła o:

1. uchylenie zaskarżonej decyzji i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania organowi rentowemu

ewentualnie o:

2. zmianę zaskarżonej decyzji i ustalenie, że od 5 czerwca 2015r. do 2 czerwca 2016r., od 1 lipca 2016r. do 31 lipca 2016r., a także od 1 września 2016r. do 31 grudnia 2016r. ubezpieczona podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu (odwołanie z dnia 12 kwietnia 2017r., k. 2 – 15 a.s.).

W uzasadnieniu odwołania ubezpieczona wskazała, że nie zgadza się z zaskarżoną decyzją, gdyż jest ona obarczona błędnymi założeniami oraz niezrozumieniem przez organ rentowy przepisów dotyczących sytuacji osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego i po ustaniu tego okresu. Poza tym decyzja zawiera oczywiste błędy w ustaleniach faktycznych i brak w niej rzetelnego przeanalizowania sytuacji ubezpieczonej, a ponadto nie została skutecznie doręczona. Ubezpieczona wyjaśniła, że prowadzi jednoosobową, pozarolniczą działalność gospodarczą pod nazwą (...) i świadczy usługi fryzjerskie i kosmetyczne i z tego tytułu była zgłoszona do ubezpieczeń społecznych, w tym do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. W ramach prowadzonej działalności korzysta z pomocy kancelarii (...), która przygotowuje dla niej dokumenty i wysyła je do ZUS. W dniu 5 czerwca 2015r. ubezpieczona urodziła pierwsze dziecko i od tej daty pobierała zasiłek macierzyński w wysokości 80% zadeklarowanej podstawy, a następnie przebywała na urlopie macierzyńskim od dnia 5 czerwca 2015r. do 3 grudnia 2016r. i na urlopie rodzicielskim od 4 grudnia 2015r. do 2 czerwca 2016r. Do pracy powróciła w czerwcu 2016 roku, przy czym w okresie urlopu macierzyńskiego nie dokonała wyrejestrowania z ubezpieczeń. W trakcie urlopu macierzyńskiego zatrudniła pracownicę. Za lipiec 2016r. nie zapłaciła terminowo składek w wyniku przesłania przez I. korespondencji e-mail z rozliczeniem składek za ten miesiąc w dniu 11 sierpnia 2016r. W związku z tym zapłata składki nastąpiła w dniu 12 sierpnia 2016r. Następnie w związku z drugą ciążą ubezpieczona ponownie była niezdolna do pracy od 2 września 2016r. W październiku 2016r. uzyskała z ZUS informację o nieprawidłowych deklaracjach składanych za okres od grudnia 2015r. do sierpnia 2016r. Ponadto w okresie od września do grudnia 2016 roku ubezpieczona opłaciła składki na ubezpieczenia społeczne oraz dobrowolne ubezpieczenia chorobowe w zaniżonych kwotach, przy czym błąd ten wynikał z informacji zwyczajowo udzielanych w tym zakresie w drodze korespondencji e-mail przez firmę (...).

W ocenie ubezpieczonej, w trakcie pobierania zasiłku macierzyńskiego, nie zaprzestała prowadzenia działalności gospodarczej, choć faktycznie jej nie realizowała z uwagi na opiekę nad dzieckiem. Tym samym nie miała obowiązku dokonania wyrejestrowania z ubezpieczeń. Ponadto dobrowolne ubezpieczenie chorobowe odwołującej w okresie pobierania zasiłku nie ustało, gdyż nie zaistniały okoliczności wskazane w art. 14 ustawy systemowej. Ubezpieczona nie dokonała wyrejestrowania z ubezpieczenia i nie nastąpiło ustanie tytułu podlegania, gdyż nawet w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego wciąż prowadziła działalność gospodarczą. Mimo iż czasowo faktycznie jej nie realizowała, to nie przestała być osobą prowadzącą działalność gospodarczą, a w przypadku takich osób, zgodnie z art. 13 ust. 4 u.s.u.s., podleganie ubezpieczeniom następuje od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia jej zaprzestania.

Zdaniem ubezpieczonej, jedynym przypadkiem, w którym doszło do ustania ubezpieczenia chorobowego, jest okoliczność związana z opłaceniem składki po terminie bądź w niepełnej wysokości, co w jej przypadku miało miejsce w odniesieniu do składki za lipiec 2016 roku, która została zapłacona po terminie oraz w odniesieniu do składek za miesiące wrzesień-grudzień 2016 roku, które zostały uiszczony w nienależytej wysokości. Przy czym powodem takiego stanu rzeczy były zaniedbania i brak rzetelności ze strony kancelarii księgowej. W związku z tym organ rentowy mógł wyrazić zgodę na opłacenie składek po terminie, o co ubezpieczona wnioskowała, jednakże wniosek ten został niesłusznie uznany za bezprzedmiotowy (odwołanie z dnia 12 kwietnia 2017r., k. 2-14 a.s.).

W odpowiedzi na odwołanie z dnia 24 maja 2017r. **Zakład Ubezpieczeń Społecznych(...)** Oddział w W. wniósł o odrzucenie odwołania na podstawie art. 477⁹ § 1 i 3 k.p.c., ewentualnie o jego oddalenie.

Uzasadniając swe stanowisko organ rentowy powołał się na wyniki analizy dokumentów zaewidencjonowanych na indywidualnym koncie ubezpieczonej, z których wynika, że w związku z prowadzeniem pozarolniczej działalności gospodarczej ubezpieczona dokonała następujących zgłoszeń: od dnia 1 września 2011r. do 31 stycznia 2015r. do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego; od dnia 1 lutego 2015r. do dnia 31 marca 2015r. do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych; od dnia 1 kwietnia 2015r. do dnia 4 kwietnia 2015r. do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, przy czym dokument (...) wpłynął do Zakładu w dniu 30 kwietnia 2015r.; od dnia 5 czerwca 2015r. do dnia 2 czerwca 2016r. do ubezpieczenia zdrowotnego, przy czym dokument ZUS ZZA od 5 czerwca 2015r. wpłynął do Zakładu w dniu 1 lutego 2017r.; od dnia 3 czerwca 2016r. do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, przy czym dokument (...) od 3 czerwca 2016r. wpłynął do Zakładu w dniu 3 lutego 2017r. W okresie od 5 czerwca 2015r. do 2 czerwca 2016r. ubezpieczona pobierała zasiłek macierzyński. Ponadto organ rentowy ustalił, że za lipiec 2016 roku i za okres od września do grudnia 2016 roku ubezpieczona dokonała wpłat należnych składek na ubezpieczenia społeczne po obowiązującym terminie, zaś za miesiące czerwiec i sierpień 2016 roku oraz styczeń 2017 roku wyraziła chęć podlegania dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu poprzez opłacenie w terminie i pełnej wysokości składek na ubezpieczenia społeczne z uwzględnieniem składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Dodatkowo organ rentowy wskazał, że w dniu 22 listopada 2016r. ubezpieczona złożyła wniosek o przywrócenie terminu płatności składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za lipiec, wrzesień i październik 2016 roku, jednakże z uwagi na fakt, że nie dokonała zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego za okres pobierania zasiłku macierzyńskiego oraz zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, w tym dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego po ustaniu zasiłku macierzyńskiego, wniosek ten został uznany za bezprzedmiotowy.

Uzasadniając wniosek o odrzucenie odwołania organ rentowy podniósł, że zaskarżona decyzja została doręczona pełnomocnikowi ubezpieczonej E. S. w dniu 6 marca 2017r. na adres wskazany w pełnomocnictwie z dnia 9 stycznia 2017r. i odebrana przez pracownika wyżej wymienionej, co oznacza, że odwołanie wpłynęło z naruszeniem terminu określonego w art. 477⁹ § 3 k.p.c. (odpowiedź na odwołanie z dnia 24 maja 2017r., k. 46-47 a.s.).

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

A. N. od dnia 1 września 2011r. prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą pod firmą (...), w ramach której świadczy usługi z zakresu fryzjerstwa i zabiegów kosmetycznych. Z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej podlegała ubezpieczeniom społecznym, w tym dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od 1 września 2011r. (odpis z (...), k. 20-21 a.s., decyzja ZUS z 28 lutego 2017r. – nieoznaczone karty akt ZUS).

Od początku prowadzenia działalności, na podstawie umowy zawartej w dniu 26 września 2011r., A. N. korzystała z usług biura (...), prowadzonego przez E. S.. Umowa obejmowała m.in. prowadzenie ewidencji podatkowych oraz wykonywanie w zastępstwie ubezpieczonej obsługi Urzędu Skarbowego, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Wojewódzkiego Urzędu Statystycznego w zakresie składania zeznań podatkowych, rozliczeń z tytułu świadczeń społecznych i obowiązkowej sprawozdawczości finansowej, a także udzielania tym instytucjom niezbędnych informacji w oparciu o prowadzone ewidencje podatkowe. W praktyce, w zakresie zobowiązań ubezpieczonej wobec ZUS, pracownicy biura księgowego wyliczali wysokość należnych składek za poszczególne miesiące i przesyłali ubezpieczonej w korespondencji e-mailowej informacje o ich wysokościach oraz o terminach płatności. Taka korespondencja była wysyłana do ubezpieczonej do 10 dnia każdego miesiąca. Ubezpieczona opłacała tak obliczone składki samodzielnie (umowa z dnia 26 września 2011r., k. 22-26 a.s, zeznania ubezpieczonej, k. 150-152 a.s., zeznania świadków: E. S., k. 113-116 a.s., I. B., k. 116-117 a.s., M. J., k. 117-119 a.s.).

W dniu 5 czerwca 2015r. A. N. urodziła dziecko.

Od dnia porodu do 3 grudnia 2015r. przebywała na urlopie macierzyńskim. Następnie, bezpośrednio po zakończeniu urlopu macierzyńskiego, w okresie od 4 grudnia 2015r. do 2 czerwca 2016r. korzystała z urlopu rodzicielskiego. Do pracy (prowadzenia działalności) powróciła w dniu 3 czerwca 2016r. W trakcie urlopu macierzyńskiego i urlopu rodzicielskiego ubezpieczona nie składała wniosku o wyrejestrowanie z ubezpieczeń społecznych. W tym czasie, choć sama faktycznie nie realizowała pracy w ramach działalności gospodarczej, to zatrudniała pracownicę (zeznania ubezpieczonej, k. 150-152 a.s., decyzja ZUS z 28 lutego 2017r. – nieoznaczone karty akt ZUS).

Po zakończeniu urlopu macierzyńskiego i rodzicielskiego i po powrocie do prowadzenia działalności, A. N. nie złożyła w ZUS zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. W dalszym ciągu opłacała składki na ubezpieczenia społeczne, w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Odbywało się to zgodnie z dotychczasową praktyką, przy współpracy z biurem I., tj. w oparciu o udzielone jej przez to biuro informacje dotyczące wysokości składek na ubezpieczenia za dany miesiąc oraz terminu na ich opłacenie (zeznania ubezpieczonej, k. 150-152 a.s., zeznania świadka E. S., k. 148-150 a.s.).

Ubezpieczona opłaciła składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiące czerwiec i sierpień 2016r. w terminie i w pełnej wysokości (decyzja ZUS z 28 lutego 2017r. – nieoznaczone karty akt ZUS).

Składkę na ubezpieczenia społeczne, w tym na ubezpieczenie chorobowe za lipiec 2016 roku, ubezpieczona zapłaciła po terminie. Było to spowodowane tym, że pracownik biura I. M. J. wysłała ubezpieczonej wiadomość e-mail z informacją o wysokości składek na ubezpieczenia za ten miesiąc dopiero w dniu 11 sierpnia 2016r. o godz. 13:12. Wiadomość zawierała jedynie informację o kwotach składek na ubezpieczenia. Ubezpieczona opłaciła więc składki za ww. miesiąc w dniu 12 sierpnia 2016r. (wiadomość e-mail z 11 sierpnia 2016r., k. 27 a.s., zeznania ubezpieczonej, k. 150-152 a.s., zeznania świadka E. S. k. 148-150 a.s., zeznania świadka M. J., k. 117-119 a.s.).

Od dnia 2 września 2016 roku A. N. była niezdolna do pracy w związku z kolejną ciążą. Niezdolność do pracy była nieprzerwana i trwała do daty porodu, który nastąpił w 2017 roku (zeznania ubezpieczonej, k. 228 a.s.).

Składki na ubezpieczenia społeczne, w tym ubezpieczenie chorobowe, za miesiące wrzesień, październik, listopad oraz grudzień 2016r. ubezpieczona opłaciła terminowo, w wysokości zgodnej z informacjami podanymi jej w wiadomościach e-mail przez pracownika biura I. (wiadomości e-mail, k. 28-31 a.s., zeznania ubezpieczonej, k. 150-152 i 228 a.s., zeznania świadka E. S., k. 113 – 115, k. 148-150 a.s.).

W dniach 10 i 18 listopada 2016r. ZUS (...)Oddział w W. wydał decyzje,

w których odmówił A. N. prawa do zasiłku chorobowego:

- za okres od 2 września 2016r. do 14 października 2016r.,

- za okres od 15 października 2016r. do 28 października 2016r.

W wydanych decyzjach jako przyczynę odmowy przyznania prawa do świadczeń, wskazano okoliczność, że ubezpieczona nie podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od 3 czerwca 2016r., gdyż za czerwiec, lipiec, sierpień i wrzesień 2016r. składka została zapłacona w zaniżonej wysokości, a niezdolność do pracy powstała w okresie, kiedy wnioskodawczyni nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu (decyzje ZUS ws. odmowy prawa do zasiłku chorobowego z 10 listopada 2016r. i z 18 listopada 2016r., k. 32-33 a.s.).

W dniu 22 listopada 2016r. A. N. złożyła wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie po terminie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe

za miesiące lipiec, wrzesień i październik 2016r. W odpowiedzi na powyższe, pismem

z dnia 23 grudnia 2016r. organ rentowy poinformował ubezpieczoną, że jej wniosek jest bezprzedmiotowy, gdyż nie złożyła dokumentów zgłoszeniowych do ubezpieczenia zdrowotnego za okres urlopu macierzyńskiego trwającego od 5 czerwca 2015r. do 2 czerwca 2016r. oraz do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego po urlopie macierzyńskim. Jednocześnie ZUS poinformował o możliwości złożenia wniosku o wydanie decyzji o okresach podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu (zeznania ubezpieczonej, k. 150-152 i k. 228 a.s.; wniosek o przywrócenie terminu z 22 listopada 2016r., pismo ZUS z 23 grudnia 2016r. – nieoznaczone karty akt ZUS).

Po otrzymaniu pisma organu rentowego z 23 grudnia 2016r. A. N. udała się do biura (...) i rozmawiała na jego temat z E. S.. Następnie w dniu 2 stycznia 2017r. ubezpieczona udzieliła E. S. pełnomocnictwa do wszelkich czynności przed Zakładem Ubezpieczeń Społecznych (zeznania ubezpieczonej, k. 150-152 a.s., zeznania świadka E. S., k. 113 – 115 i k. 148-150 a.s.; pełnomocnictwo do wykonywania czynności prawnych – nieoznaczone karty akt ZUS).

Kolejnymi decyzjami z dnia 9 i 12 stycznia 2017r. ZUS (...) Oddział w W. odmówił A. N. prawa do zasiłku chorobowego:

- za okres od 15 listopada 2016r. do 30 listopada 2016r.,

- za okres od 29 listopada 2016r. do 14 listopada 2016r.

W obu decyzjach wskazano tożsame przyczyny odmowy przyznania prawa do zasiłku chorobowego jak w decyzjach z dnia 10 i 18 listopada 2016r. W decyzji z dnia 9 stycznia

2017r. wskazano również, że ubezpieczona nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 30 kwietnia 2015r. do 30 czerwca 2016r. oraz od 1 sierpnia 2016r.

do 31 sierpnia 2016r., a ponadto że za październik 2016r. nie została opłacona należna składka w terminie, a za listopad 2016r. brak składki (decyzje ZUS ws. odmowy prawa do zasiłku chorobowego, k. 34-35 a.s.).

W dniu 20 stycznia 2017r. E. S., działając na podstawie udzielonego jej pełnomocnictwa, w imieniu ubezpieczonej złożyła w ZUS (...) Oddział wniosek o wydanie decyzji o okresach podlegania przez A. N. ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej. Po przeprowadzeniu postępowania i rozpoznaniu wniosku Zakład Ubezpieczeń Społecznych(...)Oddział

w W. wydał w dniu 28 lutego 2017r. decyzję nr (...), w której stwierdził,

że A. N.:

- podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą w okresach: od 1 września 2011r. do 31 maja 2015r., od 30 kwietnia 2015r. do 4 czerwca 2015r., od 3 czerwca 2016r. do 30 czerwca 2016r., od 1 sierpnia 2016r. do 31 sierpnia 2016r. oraz od 1 stycznia 2017r.;

- nie podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą w okresach: od 1 lutego 2015r. do 29 kwietnia 2015r., od 5 czerwca 2015r. do 2 czerwca 2016r., od 1 lipca 2016r. do 31 lipca 2016r. oraz od 1 września 2016r. do 31 grudnia 2016r.

Powyższa decyzja została przekazana do wysłania w dacie jej wydania, skierowano ją do pełnomocnika odwołującej E. S. na adres: W., ul. (...) lok 8. Odbiór przesyłki nastąpił w dniu 6 marca 2017r. przez M. J. (zeznania świadka E. S., k. 148-150 a.s.; wniosek z 20 stycznia 2017r., decyzja ZUS z 28 lutego 2017r., potwierdzenie odbioru decyzji – nieoznaczone karty akt ZUS).

A. N. kilkakrotnie dzwoniła do biura (...), by dowiedzieć się, czy decyzja o okresach podlegania ubezpieczeniu chorobowemu została jej doręczona. Ponadto dzwoniła w tej sprawie na infolinię w ZUS, gdzie poinformowano ją, że decyzja została wydana i wysłana na adres pełnomocnika. Z kolei z biura I. otrzymała informację o braku doręczenia przedmiotowej decyzji. Ostatecznie ubezpieczona odebrała kopię decyzji z dnia 20 stycznia 2017r. w Oddziale ZUS w dniu 16 marca 2017r. (zeznania ubezpieczonej, k. 150-152 a.s., wiadomość e-mail z 15 marca 2017r., k. 43-44 a.s.).

A. N. z końcem lipca 2017 roku rozwiązała umowę z biurem (...) z uwagi na liczne błędy popełniane przez pracowników tego biura (zeznania ubezpieczonej, k. 150-152 i k. 228 a.s.).

Sąd Okręgowy ustalił powyższy stan faktyczny na podstawie powołanych dokumentów, a także w oparciu o zeznania świadków i ubezpieczonej.

Okoliczności dotyczące okresu przebywania przez ubezpieczoną na urlopie macierzyńskim oraz od 2 września 2016r. na zwolnieniu lekarskim, a także związane z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne, w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w okresie czerwca - grudnia 2016 roku (w tym również kwestie związane z terminowością wpłat oraz prawidłowością wysokości uiszczanych składek) oraz zgłoszeniem ubezpieczonej do ubezpieczenia chorobowego nie były sporne między stronami. Informacje w tym zakresie wynikały z zebranej w toku postępowania dokumentacji oraz z zeznań ubezpieczonej i były w tym zakresie zbieżne. Poza tym żadna ze stron okoliczności tych nie kontestowała, wobec czego Sąd Okręgowy ocenił je jako bezsporne.

Zeznania A. N. Sąd ocenił jako wiarygodne. Ubezpieczona w sposób spójny i korespondujący z dokumentami przedstawiła fakty, które Sąd ustalił we wskazanym zakresie, a także opisała nieprawidłowości do jakich doszło w ramach realizowania przez biuro I. umownego obowiązku w zakresie obliczania składek, co zostało częściowo potwierdzone przez świadka E. S..

Sąd dał wiarę zeznaniom E. S. w zakresie, w jakim wskazywała na odpowiedzialność prowadzonego przez siebie biura (...) za nieprawidłowości w zakresie przekazywania ubezpieczonej informacji dotyczących obowiązku zapłaty składek na ubezpieczenia i zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Sąd miał przy tym na względzie, że zeznając po raz drugi świadek była bardziej skłonna przyznać się do błędów popełnionych w ramach prowadzonej przez nią działalności, szczególnie po konfrontacji z dowodami z dokumentów, w tym m.in. korespondencją e-mail między pracownikami biura I. z ubezpieczoną. We wskazanym zakresie zeznania świadka były spójne z pozostałymi dowodami, w tym z analizowaną w toku procesu dokumentacją oraz z zeznaniami A. N..

Sąd dał wiarę zeznaniom świadków I. B. i M. J. jedynie częściowo, w zakresie, w jakim zeznania te korespondowały z tym, co zeznała ubezpieczona oraz świadek E. S., mając przy tym na względzie, że zeznania wymienionych świadków w dużej mierze nie były przydatne dla dokonania ustaleń istotnych dla rozstrzygnięcia, ponieważ świadkowie w wielu kwestiach często zasłaniaли się niepamięcią lub wprost zaprzeczali, by dane okoliczności miały miejsce, co nie zawsze korespondowało z uzupełniającymi zeznaniami E. S., a także z zeznaniami ubezpieczonej i dokumentami.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Tytułem wstępu należy wskazać, że kwestia terminowości złożenia odwołania została już przesądzona. Sąd Okręgowy pierwotnie odrzucił odwołanie ubezpieczonej na podstawie art. 477⁹ § 3 k.p.c. oceniając, że doszło do jego złożenia z przekroczeniem ustawowego miesięcznego terminu. Sąd Apelacyjny w Warszawie uchylił jednak postanowienie w przedmiocie odrzucenia odwołania, uznając wniesione przez ubezpieczoną odwołanie za złożone w terminie. Kwestia ta więc nie podlegała już ponownemu rozważaniu. Sąd przystąpił do rozpatrzenia zasadności odwołania oceniając ostatecznie, że zasługiwało na uwzględnienie.

Art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2017r. poz. 1778 – dalej jako „u.s.u.s.” lub „ustawa systemowa”) określa krąg osób podlegających obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu. Zgodnie z treścią ust. 1 pkt 5 tego przepisu, 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 natomiast 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. Z kolei 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.

A. N. 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 ubezpieczona pobierała zasiłek macierzyński, z tego właśnie tytułu podlegała ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym. Nie zaprzesała 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.

Wskazana kwestia była także przedmiotem rozważań w orzecznictwie. Do niedawna dominujące było stanowisko, jakie prezentuje organ rentowy, a mianowicie, że dobrowolne ubezpieczenie chorobowe osoby prowadzącej pozarolniczą działalność ustaje

z chwilą nabycia prawa do zasiłku macierzyńskiego i nie istnieje możliwość przystąpienia

do tego ubezpieczenia ani z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego, ani z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności. Takie wnioski wyprowadzono dokonując wykładni art. 9 ust. 1 c oraz art. 11 ust. 2 ustawy systemowej. Przyjmowano, że przystąpienie

do ubezpieczenia chorobowego staje się możliwe po upływie okresu urlopu macierzyńskiego, w związku z przekształceniem się dobrowolnego ubezpieczenia emerytalnego i rentowego z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego w ubezpieczenie obowiązkowe w związku z prowadzeniem pozarolniczej działalności gospodarczej. Jednocześnie podkreślano, że ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą po ustaniu tytułu podlegania temu ubezpieczeniu, wymaga zgłoszenia pisemnego wniosku przez ubezpieczonego

(wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 7 grudnia 2016r., II UK 478/15 oraz z dnia 29 marca 2012r.,

I UK 339/11).

Sąd Okręgowy podziela jednak stanowisko odmienne, jakie w ostatnim czasie zaczęto prezentować w orzecznictwie. W wyroku z dnia 13 lutego 2018r. wydanym w sprawie II UK 698/16 (OSNP 2018/10/139) Sąd Najwyższy wskazał, że pobieranie zasiłku macierzyńskiego nie powoduje ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego osoby prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą, chyba że spełnione zostaną przesłanki ustania tego ubezpieczenia z art. 14 u.s.u.s. W związku z tym osoba prowadząca taką działalność, która - będąc zgłoszoną do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego - pobierała zasiłek chorobowy, a następnie zasiłek macierzyński - nie musi ponownie zgłaszać się do tego ubezpieczenia po zakończeniu okresu zasiłkowego. W uzasadnieniu tego orzeczenia Sąd Najwyższy podkreślił, że regulacja ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz. U. z 2017r. poz. 1368 - dalej jako ustawa zasiłkowa) nie wprowadza zróżnicowania w zakresie prawa do dłuższego zasiłku macierzyńskiego ze względu na tytuł ubezpieczenia, czyli również w odniesieniu do prowadzących działalność gospodarczą i takie zróżnicowanie nie byłoby zresztą uprawnione i uzasadnione z uwagi na treść art. 2a ustawy systemowej. Po reformie systemu ubezpieczeń społecznych

przeprowadzonej w 1998r., w zakresie prawa do świadczeń za równorzędne uznaje się okresy ubezpieczenia z różnych tytułów, a wyjątki –

albo zachowane wyjątki – są wyraźnie określone. Takiego różnicowania nie ma

w odniesieniu do matek (rodziców) uprawnionych do zasiłku macierzyńskiego wydłużonego na czas dodatkowego urlopu, choć osoby prowadzące działalność gospodarczą nie mają swojego pracodawcy i nie korzystają z urlopu takiego jak pracownicy. Pracodawca przyznał im mimo to zabezpieczenie (zasiłek macierzyński) na taki sam okres jak pracownikom. Podstawą prawa do zasiłku, zgodnie z art. 3 pkt 1 ustawy zasiłkowej,

jest więc określona praca lub działalność stanowiąca tytuł ubezpieczenia. Uprawnione jest zatem stwierdzenie, że o ubezpieczeniu chorobowym osoby prowadzącej działalność gospodarczą nie decyduje to, czy ponownie zgłosiła się do ubezpieczenia chorobowego

po okresie pobierania zasiłku macierzyńskim, lecz to, czy wcześniej zgłosiła się do tego ubezpieczenia chorobowego i spełniła warunki do uzyskania zasiłku chorobowego, a po nim do zasiłku macierzyńskiego, po którym mogła stać się niezdolna do pracy i korzystać

z zasiłku chorobowego.

W związku z powyższym nie można stwierdzić, że pobieranie zasiłku macierzyńskiego powoduje ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 3 ustawy systemowej, bo ustanie tytułu podlegania ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz chorobowemu należy rozumieć jako zaprzestanie działalności gospodarczej (art. 3 pkt 1 ustawy zasiłkowej oraz art. 6 ust. 1 pkt 5 i art. 13 pkt 4 u.s.u.s.). Zasiłek macierzyński (podobnie zasiłek chorobowy) nie jest przyczyną faktyczną ani prawną ustania tytułu ubezpieczenia, bo nie musi oznaczać zaprzestania działalności gospodarczej w rozumieniu art. 13 pkt 4 u.s.u.s. Po zasiłku macierzyńskim (urlopie) ubezpieczona może więc wrócić do dotychczasowej (poprzedniej) pracy lub działalności. Zasiłek macierzyński nie oznacza więc ustania tytułu podlegania ubezpieczeniom społecznym. Ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego jest ściśle określone w art. 14 ustawy systemowej. Zależy od wniosku o wyłączenie z ubezpieczenia, nieopłacenia składki albo ustania tytułu podlegania ubezpieczeniom. O ustaniu dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego decyduje wola ubezpieczonego albo obiektywna sytuacja, składająca się na ustanie tytułu podlegania ubezpieczeniom, łączona z reguły z wyrejestrowaniem działalności z ewidencji.

Prezentowane wyżej stanowisko podzielił Sąd Najwyższy wydając wyrok z dnia 17 kwietnia 2018r. w sprawie o sygn. akt I UK 73/17 (LEX nr 2540111). Powołując się

na prezentowane wyżej motywy wyroku z dnia 13 lutego 2018r., wskazał, że fakt objęcia osoby prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego nie powoduje ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Podkreślił przy tym, że dobrodziejstwo nowej regulacji – przyznającej ubezpieczenie emerytalne i rentowe w okresie zasiłku macierzyńskiego – nie może pogarszać sytuacji ubezpieczonych. Urodzenie dziecka w czasie ubezpieczenia chorobowego uprawnia do zasiłku macierzyńskiego (art. 29 ustawy zasiłkowej). Może się jednak zdarzyć, że w czasie wydłużonego zasiłku macierzyńskiego ubezpieczona ponownie stanie się niezdolna do pracy lub będzie w kolejnej ciąży. Niezasadny jest zatem – zdaniem Sądu Najwyższego – kierunek wykładni stwierdzający ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego ze względu na "samodzielny" (inny) tytuł ubezpieczenia, łączony z prawem do zasiłku macierzyńskiego. Sąd Najwyższy zwrócił przy tym uwagę, że należałoby wskazać przepis, który wyłączałby w takiej sytuacji (zasiłku macierzyńskiego) ubezpieczenie chorobowe albo powodował przerwę w tym ubezpieczeniu, zwłaszcza, że nie doszło do zmiany art. 14 u.s.u.s. Jak zauważono, punktem odniesienia

nie jest ubezpieczenie emerytalne i rentowe z tytułu zasiłku macierzyńskiego, lecz nadal ubezpieczenie ze względu na podstawowy tytuł ubezpieczenia chorobowego.

Dla pracownika jest to zatrudnienie, a dla prowadzącego działalność gospodarczą –

ta działalność, której ubezpieczeni nie wykonują i nie muszą wykonywać wobec opieki nad dzieckiem w okresie zasiłku macierzyńskiego. Zasiłek natomiast nie był tytułem ubezpieczenia, a stał się nim na mocy szczególnej regulacji, przy czym nie oznacza to, że jej wprowadzenie ma pogarszać sytuację ubezpieczonych przez rozstrzygnięcie, że ustaje dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, skoro nie jest to sytuacja objęta hipotezą normy art. 14 ust. 2 pkt 3 ustawy systemowej.

Sąd Okręgowy podzielił powyższe stanowisko jako reprezentujące słuszny kierunek wykładni wskazanych przepisów, mając na względzie, że wcześniejsze orzecznictwo w omawianej kwestii budzi pewne kontrowersje, choćby z uwagi na wspomniane porównanie sytuacji faktyczno-prawnej osób prowadzących działalność gospodarczą i pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę w kontekście ich uczestnictwa w systemie ubezpieczeń społecznych. Z uwagi na dotychczasową interpretację omawianych przepisów, osoby prowadzące działalność gospodarczą musiałyby brać pod uwagę dodatkowe okoliczności, takie jak konieczność zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego tuż po zakończeniu okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego, co w rzeczywistości nie zawsze jest realne, a nadto jak pokazuje praktyka orzecznicza – także tutejszego Sądu Okręgowego – niejednokrotnie sprawia istotne problemy z uwagi na brak świadomości osób prowadzących działalność gospodarczą co do ciężących na nich obowiązków, w szczególności w przypadku kobiet równolegle prowadzących działalność i korzystających z zasiłków macierzyńskich.

Dodatkowo należy wskazać, że przedstawione w cytowanych orzeczeniach stanowisko Sądu Najwyższego nie jest zupełnie nowe. Pogląd taki wyrażano jednostkowo również we wcześniejszym orzecznictwie, m.in. Sądu Apelacyjnego w Katowicach, który wskazywał, że dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą nie ustaje z uwagi na podleganie obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego;

po zakończeniu jego pobierania nie zachodzi potrzeba ponownego zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą, konieczne natomiast jest opłacenie składki na to ubezpieczenie (zob. wyroki Sądu Apelacyjnego w Katowicach: z dnia 20 maja 2016r., III AUa 424/16 oraz z dnia 9 grudnia 2016r., III AUa 321/16).

Przenosząc powyższe na grunt rozpatrywanej sprawy, Sąd Okręgowy ocenił,

że w przypadku A. N. nie doszło do ustania tytułu do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego – związanego z prowadzeniem działalności gospodarczej –

z racji pobierania przez nią zasiłku macierzyńskiego od 5 czerwca 2015r. Ubezpieczona była objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym w okresie poprzedzającym datę nabycia prawa do zasiłku, tj. od 30 kwietnia 2015r. do 4 czerwca 2015r. i w trakcie pobierania zasiłku nie zrezygnowała z prowadzenia działalności gospodarczej, nie dokonała jej zawieszenia, jak również innych czynności, które w świetle przepisów ustawy systemowej należałoby rozumieć jako zaprzestanie prowadzenia działalności, a tym samym jako ustanie tak definiowanego tytułu do ubezpieczeń społecznych, w tym do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Nawet jeśli działalność nie była we wskazanym okresie faktycznie prowadzona z uwagi na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem, to sama działalność nie została zakończona ani zawieszona, a tym samym nie wystąpiła okoliczność, w konsekwencji której zasadne byłoby twierdzenie o jej ustaniu. Ubezpieczona nie oznajmiła w tym czasie również woli zaprzestania udziału w dobrowolnym ubezpieczeniu chorobowym. Z kolei po zakończeniu okresu urlopu macierzyńskiego i urlopu rodzicielski, z początkiem czerwca 2016 roku ubezpieczona wróciła do pracy (prowadzenia działalności), w dalszym ciągu opłacała również składki na ubezpieczenia, w tym składkę za czerwiec 2016 roku, co skutkowało zresztą uznaniem przez organ rentowy podlegania przez nią ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 3 czerwca 2016r. do 30 czerwca 2016r. W konsekwencji powyższego, zdaniem Sądu, nie było podstaw do stwierdzenia, że A. N. nie podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 5 czerwca 2015r. do 2 czerwca 2016r.

Takie rozstrzygnięcie powyższej kwestii ma konsekwencje dla dalszych ustaleń w zakresie pozostałych spornych okresów, następujących już po powrocie A. N. z urlopu macierzyńskiego w dniu 3 czerwca 2016r. Chodzi mianowicie o okres od 1 lipca 2016r. do 31 lipca 2016r., w którym ZUS wskazał na wyłączenie A. N. z ubezpieczenia chorobowego z uwagi na opóźnienie w opłaceniu składek za ten miesiąc, a także o okres od 1 września 2016r. do 31 grudnia 2016r., w którym jako przyczynę stwierdzenia niepodlegania przez odwołującą temu ubezpieczeniu wskazano również opłacenie składek po upływie terminu. Dla przypomnienia wskazać należy, że zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 pkt 2 ustawy systemowej w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność, ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe ustają od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie;

wymaga przy tym zaznaczenia, że w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie.

W świetle zacytowanej regulacji nieopłacenie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe skutkuje ustaniem tego ubezpieczenia, co następuje z mocy prawa (ex lege), a wynika z tego, że ustawodawca uznał, że osoba, która oczekuje od organu rentowego świadczeń, zobowiązana jest opłacić składkę w ustawowym terminie i w prawidłowej wysokości. Wykładnia językowa art. 11 ust. 2 oraz art. 14 ust. 1 i 1a ustawy systemowej wskazuje na konieczność złożenia przez ubezpieczonego odpowiedniego wniosku jako warunku objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. W każdym przypadku ustania tytułu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu społecznemu (art. 14 ust. 2 ustawy systemowej), ponowne objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami społecznymi wymaga złożenia nowego wniosku przez zainteresowanego, natomiast samo opłacanie składek po ustaniu ubezpieczenia z mocy prawa nie powoduje dalszego trwania ochrony ubezpieczeniowej z wygasłego stosunku ubezpieczenia społecznego (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 19 września 2013r., III AUa 1626/12). W przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, w uzasadnionych przypadkach, organ rentowy, 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, że kontynuowany jest dotychczasowy stosunek ubezpieczenia (pod warunkiem opłacania terminowo należnych składek), natomiast decyzja negatywna potwierdza ustanie z mocy prawa dobrowolnego ubezpieczenia i podlega zaskarżeniu w sądowym postępowaniu odwoławczym.

Uwzględniając ustalone w postępowaniu okoliczności faktyczne, bezsporne było, że w przypadku składek za lipiec 2016r. doszło do nieprawidłowości w zakresie ich opłacania, co organ rentowy przyjął jako przyczynę ustania ubezpieczenia chorobowego i w konsekwencji stwierdzenia braku podlegania przez A. N. temu ubezpieczeniu. Znajduje to potwierdzenie w stanowisku ZUS, lecz również wynika ze stanowiska ubezpieczonej, która nie kwestionowała faktu opłacenia składki za lipiec 2016r. po terminie. Ubezpieczona wskazała jednak, że do nieprawidłowości nie doszło z jej winy, lecz z winy biura (...), z którego usług korzystała i które dopuściło się zaniedbań w ramach świadczonych na jej rzecz usług w zakresie obliczania składek na ubezpieczenia oraz informowania o terminie ich zapłaty. W związku z tym złożyła w ZUS wniosek o przywrócenie terminu do opłacenia składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za lipiec 2016r., a dodatkowo za wrzesień i październik 2016r., kiedy składki zostały zapłacone najpierw w zaniżonej wysokości, a potem dopłacone po terminie. Przedmiotowy wniosek ZUS uznał jednak za bezprzedmiotowy z uwagi na niezłożenie dokumentów zgłoszeniowych do ubezpieczenia zdrowotnego za okres urlopu macierzyńskiego od 5 czerwca 2015r. do 2 czerwca 2016r. oraz do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego po urlopie macierzyńskim.

W postanowieniu Sądu Najwyższego z 14 listopada 2007r. (II UK 65/07) 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 (wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 6 sierpnia 2015r., III UK 233/14 oraz z dnia 19 stycznia 2016r., I UK 35/15). W orzecznictwie jako przyczyny uzasadniające wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie w rozumieniu art. 14 ust. 2 pkt 2 u.s.u.s. wskazuje się m.in. chorobę ubezpieczonego, nagły wyjazd, brak pieniędzy wywołany czynnikami niezależnymi od ubezpieczonego, siłą 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, bądź nie było spowodowane tylko zaniedbaniem (brakiem staranności) ubezpieczonego. Podkreśla się przy tym, że zgoda na opłacenie składki po terminie nie wiąże się z koniecznością wystąpienia szczególnie uzasadnionego, wyjątkowego przypadku, czy szczególnie uzasadnionych okoliczności, zaś powyższy przepis nie powinien być interpretowany z nadmiernym rygoryzmem, tak aby każde uchybienie terminowi opłacenia składki niejako automatycznie prowadziło do wyłączenia z ubezpieczenia, bez względu na zaistniałe okoliczności. Przez przypadek uzasadniony należy więc rozumieć taki, który obiektywnie usprawiedliwia i tłumaczy, dlaczego składka nie została w terminie opłacona w należnej wysokości (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 stycznia 2016r., I UK 35/15; wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 19 lipca 2017r., III AUa 1434/16; oraz wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 13 marca 2018r., III AUa 671/17).

Z ustaleń Sądu w przedmiotowej sprawie wynika, że A. N. od początku prowadzenia działalności gospodarczej korzystała z usług biura (...) należącego do E. S.. Biuro zajmowało się m.in. obliczaniem wysokości składek na ubezpieczenia. Informacje w tym zakresie, obejmujące wysokość składek za dany miesiąc oraz termin ich uiszczenia, ubezpieczona otrzymywała od pracowników biura rachunkowego co miesiąc przed datą płatności składek, następnie samodzielnie dokonywała ich zapłaty. Przedstawiony wyżej sposób współpracy funkcjonował poprawnie od początku współpracy, zaś do pierwszych nieprawidłowości w tym zakresie doszło w sierpniu 2016 roku. Nieprawidłowości te polegały na przekazaniu ubezpieczonej z opóźnieniem informacji o wysokości składek za lipiec 2016r., zaś za pozostałe sporne okresy (wrzesień - grudzień 2016r.) o wysokości składek w zaniżonej wysokości, przy czym wymaga podkreślenia, że ubezpieczona w żaden sposób do powstania tych nieprawidłowości nie przyczyniła się. Samodzielnie regulując płatności z tytułu składek na ubezpieczenia każdorazowo opierała się na informacjach uzyskanych drogą e-mailową z biura rachunkowego, z którego usług korzystała. Odbywało się to zgodnie z przedstawionym wyżej schematem. W odniesieniu do składek za lipiec 2016 roku, istotne jest, że ubezpieczona otrzymała z biura rachunkowego wiadomość e-mail z wysokością składek na poszczególne ubezpieczenia dopiero w dniu 11 sierpnia 2016r., a więc dzień po wymaganym ustawowo terminie płatności. Stosownej wpłaty dokonała niezwłocznie po tym, bo w dniu następnym, a więc 12 sierpnia 2016r. W kolejnym miesiącu, w sierpniu 2016 roku składka została zapłacona przez ubezpieczoną terminowo i w prawidłowej wysokości, natomiast informację odnośnie składek za wrzesień 2016 roku ubezpieczona otrzymała w e-mailu w dniu 7 października 2016 roku, a więc przed upływem ustawowego terminu na ich uiszczenie, jednakże wiadomość ta zawierała błędnie obliczoną wysokość składek na ubezpieczenia. Sytuacja powtarzała się w kolejnych miesiącach aż do stycznia 2017 roku, kiedy ubezpieczona uzyskała informację o wysokości składek za grudzień 2016 roku. Okoliczności te wynikały wprost z przedłożonych przez ubezpieczoną dokumentów w postaci e-maili od pracowników biura rachunkowego. Znalazły również potwierdzenie w zeznaniach

E. S., właścicielki biura (...), która w zeznaniach uzupełniających wprost wskazała, że ponosi odpowiedzialność za problemy ubezpieczonej związane z podleganiem dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu.

We wskazanych okolicznościach Sąd Okręgowy przyjął, że do nieprawidłowego opłacenia składek doszło z przyczyn obiektywnie niezależnych od ubezpieczonej, a tym samym usprawiedliwionych. Za takie okoliczności, zdaniem Sądu, należało uznać błędy popełnione przez biuro (...), z którego usług ubezpieczona korzystała w ramach prowadzonej działalności gospodarczej. Wprawdzie w orzecznictwie wskazuje się,

że opłacanie składek obciąża wyłącznie płatnika składek, który nie może powoływać się na błąd w działaniu swojego biura rachunkowego, jednakże w ocenie Sądu, stosowanie tej zasady niejako automatycznie do każdej sytuacji, w którym nieprawidłowości w opłacaniu składek wynikały z błędów popełnionych przez biuro rachunkowe, byłoby nadmiernie rygorystyczne. Gdyby każdorazowo błąd biura rachunkowego obciążał płatnika składek, bez możliwości powołania się na taką sytuację przy ubieganiu się o przywrócenie terminu zapłaty składek, to w rzeczywistości skorzystanie z możliwości przywrócenia terminu byłoby znacząco ograniczone. Tymczasem przepis art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej nie zakłada szczególnego, nadzwyczajnego charakteru instytucji przywrócenia terminu do opłacenia składek. Ponadto trzeba też uwzględnić, że prowadzący działalność gospodarczą bardzo często korzystają z usług biur rachunkowych, wobec czego w ocenie Sądu każdą sytuację należy rozpatrywać indywidualnie. Przyjęcie założenia, że każdorazowo błąd biura rachunkowego skutkuje brakiem możliwości przywrócenia terminu opłacenia składki, stanowiłoby wyraz nadmiernego rygoryzmu, którego ustawodawca nie zakładał konstruując przepis art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej.

Należy podkreślić, że dotychczasowa współpraca ubezpieczonej z biurem rachunkowym, trwająca od 2011 roku, odbywała się bezproblemowo, a w przeszłości nie dochodziło do żadnych nieprawidłowości czy to w zakresie ustalonej wysokości składek na ubezpieczenia, czy też terminów przekazywania informacji o wysokości składek za poszczególne miesiące. Ubezpieczona opłacała składki w wysokości wskazanej przez biuro rachunkowe, z którym współpracowała od kilku lat, a tym samym zasadne jest przyjęcie, że z racji bezproblemowej współpracy mogła mieć do biura pełne zaufanie w zakresie wiarygodności i zasadności przekazywanych jej informacji. Pozytywnej oceny dotychczasowej współpracy z biurem rachunkowym nie zmieniły zdaniem Sądu opóźnienia w przekazaniu informacji o wysokości składek za lipiec 2016 roku, co miało charakter jednostkowy, tym bardziej, że informacje o składkach za czerwiec 2016r., a potem za sierpień 2016 roku zostały przekazane w stosownej dacie, umożliwiającej terminowe i należyte ich opłacenie. Ewentualne wątpliwości ubezpieczonej co do sumienności i staranności biura rachunkowego mogły powstać na jesień 2016 roku, kiedy ubezpieczona zaczęła otrzymywać z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych decyzje odmawiające zasiłku chorobowego, przy czym wówczas była już niezdolna do pracy w związku z kolejną ciążą. Nie bez znaczenia jest również dotychczasowy sposób wywiązywania się przez A. N. z obowiązku opłacania składek na ubezpieczenia, co do którego organ rentowy nie zgłaszał żadnych zastrzeżeń. Ubezpieczona od początku prowadzenia działalności opłacała składki na ubezpieczenia terminowo i w pełnej wysokości, zaś nieprawidłowości w tym zakresie powstały dopiero w połowie 2016 roku, i to z przyczyn, za które obiektywnie nie można przypisać jej odpowiedzialności.

Sąd miał na względzie również i to, że opóźnienie w płatności składki za lipiec 2016 roku wyniosło w istocie 2 dni, było więc na tyle nieznaczne, że nie można z tej okoliczności wyciągać negatywnych konsekwencji wobec ubezpieczonej. Z kolei w odniesieniu do składek za pozostałe sporne miesiące, to wymaga podkreślenia, że już od dnia 2 września 2016 roku ubezpieczona była niezdolna do pracy w związku z ponownym zejściem w ciążę. Przy założeniu więc ciągłości podlegania przez nią dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej przez okres pobierania zasiłku macierzyńskiego – o czym była mowa powyżej – jak również braku zastrzeżeń ze strony organu rentowego co do prawidłowości opłacenia składek na to ubezpieczenie za czerwiec i sierpień 2016 roku oraz w związku z przywróceniem terminu do opłacenia składki za lipiec 2016r., Sąd ocenił, że również w przypadku miesiąca września 2016r. zasadne jest przywrócenie terminu. Fakt, że ubezpieczona w tym właśnie miesiącu zapłaciła składki w kwocie niższej niż należna, wiązał się z niezdolnością do pracy przez część miesiąca. W związku z tą okolicznością, biuro rachunkowe wyliczyło niższe składki, a ubezpieczona działając w zaufaniu do informacji przez to biuro przekazanych, opłacała składki w takiej wysokości, jaką jej wskazano.

Argumentacja związana z brakiem odpowiedzialności ubezpieczonej za taki stan rzeczy jest w tym wypadku tożsama jak ta, która została zaprezentowana przy okazji oceny zasadności przywrócenia terminu do opłacenia składek za lipiec 2016r.

Założenie ciągłości trwania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego ubezpieczonej czyni bezprzedmiotowym rozważanie zasadności przywrócenia terminu do opłacenia składek za pozostałe sporne miesiące, tj. za październik 2016r., za listopad 2016r. i za grudzień 2016r. Wynika to z tego, że skoro ubezpieczona od 2 września 2016r. nie była zdolna do pracy w związku z ciążą, to przysługiwało jej za ten okres prawo do zasiłku chorobowego. Tym samym w październiku, listopadzie i grudniu 2016r., kiedy niezdolność do pracy trwała przez pełne miesiące, była zwolniona z obowiązku uiszczania składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe.

W opisanych okolicznościach Sąd Okręgowy ocenił, że odwołanie A. N. jest zasadne. Odmiennie niż Zakład Ubezpieczeń Społecznych i zgodnie z nowym, zasadnym kierunkiem wykładni przepisów ustawy systemowej oraz ustawy zasiłkowej, Sąd przyjął, że w trakcie pobierania przez ubezpieczoną zasiłku macierzyńskiego w okresie od 5 czerwca 2015r. do 2 czerwca 2016r. nie ustało jej dobrowolne ubezpieczenie chorobowe z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej i nie miała obowiązku dokonać ponownego zgłoszenia do tych ubezpieczeń po zakończeniu okresu zasiłkowego i po powrocie do pracy. Z uwagi na ustalone w sprawie okoliczności dotyczące realizacji współpracy z biurem rachunkowym Sąd uznał również za zasadne przywrócenie ubezpieczonej terminu do opłacenia składek za lipiec i wrzesień 2016 roku, nieprawidłowości, do jakich doszło w tym zakresie, nie miały bowiem charakteru nadmiernego, a ponadto zostały spowodowane szeregiem błędów biura rachunkowego, za które zdaniem Sądu ubezpieczona obiektywnie nie może ponosić odpowiedzialności. Na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. nastąpiła więc zmiana zaskarżonej decyzji, o czym Sąd orzekł w pkt 1 sentencji wyroku.

O kosztach procesu Sąd Okręgowy orzekł w punkcie 2 sentencji wyroku na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c., uwzględniając konieczność rozliczenia kosztów w postępowaniu zażaleniowym. Organ rentowy jako strona przegrywająca proces został zobowiązany do uiszczenia na rzecz odwołującej łącznej kwoty 450 zł, na którą złożyła się kwota 180 zł, ustalona na podstawie § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2015r. poz. 1804), kwota 240 zł, stanowiąca koszty zastępstwa procesowego w postępowaniu zażaleniowym, ustalona na podstawie § 10 ust. 2 pkt 2 zw. z § 9 ust. 2 ww. rozporządzenia oraz kwota 30 zł stanowiąca równowartość opłaty sądowej za zażalenia uiszczonej przez ubezpieczoną zgodnie z art. 36 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t.j. Dz. U. z 2018r. poz. 300).

ZARZĄDZENIE

Odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć:

- (...)

-(...)