

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 maja 2019r.

Sąd Okręgowy w Suwałkach III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Danuta Poniatowska
Protokolant:	st. sekr. sądowy Marta Majewska-Wronowska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 29 maja 2019r. w Suwałkach

sprawy **A. B.**

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B.

o ustalenie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej

w związku z odwołaniem A. B.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B.

z dnia 10 stycznia 2019 r. znak (...)

1. **oddala odwołanie;**

2. **zasądza od A. B. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. 180 (sto osiemdziesiąt) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.**

UZASADNIENIE

Decyzją z 10 stycznia 2019 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. działając na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 2 w zw. z art.11 ust. 2, art. 14 ust. 1, 1a i 2 ustawy z dnia 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z 2017r. poz. 1778 ze zm.) stwierdził, że A. B., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od 20.09.2010 r. do 2.08.2012 r., od 21.08.2012 r. do 31.03.2014 r., 5.05.2014 r. do 13.11.2014 r., od 13.11.2015 r. do 31.07.2018 r. i od 1.09.2018 r.

W uzasadnieniu decyzji wskazano, że A. B., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, została zgłoszona do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Dnia 24.09.2018 r. wpłynął wniosek A. B. o wyrażenie zgody na opłacenie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie. Składki za sierpień 2018 r. uiszczone zostały 20.09.2018 r. (termin upłynął 10.09.2018 r.). Wniosek został załatwiony negatywnie. W związku z tym A. B. w sierpniu 2018 r. nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Odwołanie od tej decyzji złożyła A. B. domagając się ustalenia, że od podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu bez przerwy w sierpniu 2018 r.

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. wniósł o jego oddalenie. Wskazał, iż decyzja została wydana w oparciu o obowiązujące przepisy prawa i jest prawidłowa.

Sąd ustalił, co następuje:

A. B. od 21.08.2012 r. prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą zakwalifikowaną jako pozostała finansowa działalność usługowa, gdzie indziej niesklasyfikowana, z wyłączeniem ubezpieczeń i funduszy emerytalnych. Miejszem wykonywanej działalności są S. (odpis z (...) akta ZUS). Działalność ta jest dla niej tytułem do objęcia dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym.

A. B. podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu, w tym dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej w okresach od 20.09.2010 r. do 2.08.2012 r., od 21.08.2012 r. do 31.03.2014 r., 5.05.2014 r. do 13.11.2014 r., od 13.11.2015 r. do 31.07.2018 r. i od 1.09.2018 r. do nadal. W okresie od 3.08.2009 r. do 19.09.2010 r. zgłosiła się wyłącznie do dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego z uwagi na równoległe posiadanie obowiązkowego tytułu pracowniczego. Od 14.11.2014 r. do 12.11.2015 r. podlegała ubezpieczeniom społecznym z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego.

Z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, w okresie podlegania ubezpieczeniom społecznym do 31.03.2014 r. deklarowała minimalne podstawy wymiaru do naliczania składek. Na okres od 1.04.2014 r. do 4.05.2014 r. wyrejestrowała się z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, natomiast od maja do lipca 2014 r. zadeklarowała maksymalne podstawy do naliczenia składek. Od 18.08.2014 r. wystąpiła o zasiłek chorobowy, a po urodzeniu dziecka od 14.11.2014 r. do 12.11.2015 r. o zasiłek macierzyński. Po tym czasie wielokrotnie pobierała zasiłki chorobowy i opiekuńczy (okresy wymienione w zaskarżonej decyzji), naliczane od maksymalnej podstawy do naliczenia składek. Po zakończonym ciągłym okresie zasiłkowym (18.08.2014r.- 6.12.2015r.) składki naliczane są od minimalnej podstawy 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek.

Składając 24.09.2018 r. wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składek na ubezpieczenie chorobowe po terminie, A. B. wskazała, że przelew zleciła zgodnie z terminem płatności, jednak na dzień przelewu zapomniała zasilić konto. Zauważyła brak realizacji przelewu, regulując należności z tytułu podatku i bez zwłoki uregulowała należność. Stan ten wynikał ze złej sytuacji rodzinnej – kryzysu małżeńskiego i innych problemów, co wskazała w odwołaniu.

Przesłuchana na tę okoliczność świadek G. W. (k. 68) potwierdziła problemy małżeńskie, skutkujące m.in. zasłabnięciem męża ubezpieczonej po imprezie urodzinowej 16.08.2018 r. na działce w okolicach S.. Wskazywała także na zmianę przedszkola dziecka i związany z tym stres, co miało miejsce na początku września 2018 r.

Wcześniej wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składek na ubezpieczenie chorobowe po terminie A. B. składała w grudniu 2010 r. i został on załatwiony pozytywnie.

Pismem z 19.10.2018 r. organ rentowy poinformował wnioskodawczynię, iż nie została wyrażona zgoda na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za sierpień 2018 r., wskazując, iż nie wystąpiły żadne szczególne okoliczności, które przemawiałyby za pozytywnym rozpatrzeniem wniosku.

Na wniosek A. B. z 13.11.2018 r. organ rentowy wydał zaskarżoną decyzję z 10.01.2019 r. o okresach podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Sąd zważył, co następuje:

Zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z 2017r. poz. 1778 ze zm.) – zwanej dalej ustawą systemową, 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, 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 (czyli w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia). Z kolei art. 14 ust. 2 ustawy systemowej stanowi, że dobrowolne ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe, o których mowa w ust. 1, 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. Jednocześnie w uzasadnionych przypadkach Zakład Ubezpieczeń Społecznych może, na wniosek ubezpieczonego, wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie.

Przystąpienie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, jest obwarowane określonym formalizmem, a ochrona wymienionego wyżej ryzyka jest dobrowolna. Podstawowym warunkiem uzyskania ochrony jest terminowe opłacanie składek należnych na to ubezpieczenie. W judykaturze podkreśla się, że dyspozycja art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej obejmuje trzy sytuacje faktyczne. Pierwsza sprowadza się do zaniechania opłacenia składki w terminie za dany miesiąc. Druga polega na opłaceniu składki w terminie, ale w niepełnej wysokości i trzecia polega na opłaceniu składki w pełnej wysokości, lecz po terminie. Skutki uchybienia przedmiotowym obowiązkom prowadzą do ustania ubezpieczenia, a tym samym podmiot oczekujący świadczeń (np. zasiłku chorobowego, zasiłku macierzyńskiego) jest obligowany do opłacania składki na to ubezpieczenie w terminie i we właściwej (należnej) wysokości. Zaistnienie którejkolwiek z opisanych wyżej sytuacji powoduje - z mocy art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej - ustanie tego ubezpieczenia. Ubezpieczenie to wygasa nawet w sytuacji, gdy osoba zobowiązana nie ponosi winy za nieopłacenie składki.

Wykładnia art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej była kilkakrotnie przedmiotem rozważań Sądu Najwyższego, który w uchwale z 8 stycznia 2007 r., I UZP 6/06 (OSNP 2007 nr 13-14, poz. 197) stwierdził, że sąd, rozpoznający odwołanie od decyzji organu rentowego odmawiającej 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 uzasadnieniu tej uchwały Sąd Najwyższy przypomniał, że art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej w brzmieniu pierwotnym stanowił, że w uzasadnionych przypadkach, na wniosek zainteresowanego, ZUS może przywrócić termin do opłacenia składek na dobrowolne ubezpieczenie. Zwrot „Zakład może przywrócić termin” sugerował pozostawienie omawianej kwestii do swobodnego uznania organu rentowego. Nowe brzmienie art. 14 ust. 2 pkt 2 zdanie drugie, nadane przez art. 1 pkt 9 lit. a ustawy z dnia 23 grudnia 1999 r. (Dz.U. Nr 110, poz. 1256), zmieniającej ustawę z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2000 r., zgodnie z którym „Zakład może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie”, akcentuje swobodny charakter działań ZUS w tym zakresie, co jednak nie uzasadnia wyłączenia tej kwestii spod kontroli sądu.

W postanowieniu Sądu Najwyższego z 14 listopada 2007 r., II UK 65/07 przyjęto, że organ rentowy został wyposażony w kompetencję wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie, czyli uznania, że mimo nieopłacenia składki w terminie ubezpieczenie nie ustało. 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).

Lektura treści art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej ujawnia, że ustawodawca nie zdecydował się na zamknięty katalog okoliczności uzasadniających wyrażenie zgody. Tego rodzaju technika ustawodawcza jest prawidłowa, pozostawia bowiem orzecznictwu wypracowanie przesłanek, które w konkretnym stanie faktycznym będą obligowały do uwzględnienia żądania ubezpieczonego albo też będą dane żądanie czyniły bezzasadnym (por. wyrok Sądu Najwyższego z 13.04.2017 r. sygn. I UK 144/16). Kardynalnego więc znaczenia nabiera dookreślenie okoliczności, które powinny być brane pod uwagę przy rozstrzygnięciu określonego stanu faktycznego. Niewątpliwie należy brać pod uwagę przebieg samego ubezpieczenia chorobowego. Skoro ubezpieczenie chorobowe osób prowadzących działalność gospodarczą ma dobrowolny charakter i jego powstanie uzależnione jest od woli samego ubezpieczonego, a warunkiem trwania tegoż ubezpieczenia jest terminowe opłacanie należnych z tego tytułu składek, to dotychczasowy sposób wywiązywania się płatnika z tego obowiązku nie pozostaje bez wpływu na ocenę zasadności żądania płatnika składek.

Należy zauważyć, że ubezpieczona już zwracała się z wnioskiem o wyrażenie zgody na opłacenie należnej składki na ubezpieczenie chorobowe. Ponadto deklarowała maksymalną podstawę składek na dane ubezpieczenie tuż przed złożeniem wniosku o wypłatę zasiłku chorobowego i macierzyńskiego. Składka za miesiąc sierpień 2018 r. została opłacona po terminie. Istotna jest przyczyna zaniechania uiszczenia składki. Jej waga może sanować kilkudniowe opóźnienie; z kolei błahy powód nie usprawiedliwia nawet krótkiego (jednodniowego) opóźnienia. Przy ocenie tych okoliczności należy zauważyć, że rzecz dotyczy profesjonalnego podmiotu, który prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą w zakresie usług finansowych. Przy ocenie jej działań wzorzec kontroli winien być podniesiony do poziomu wymaganej staranności, jaki towarzyszy profesjonalistom.

Ogólnie jako przyczyny uzasadniające wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie wskazać można: chorobę ubezpieczonego, nagły wyjazd, brak pieniędzy wywołany czynnikami niezależnymi od ubezpieczonego, siłę wyższą, wypadek losowy czy też inne okoliczności, które obiektywnie 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 (por. wyrok Sądu Najwyższego z 19 stycznia 2016 r., I UK 35/15).

W niniejszej sprawie sytuacja taka nie miała miejsca. Ubezpieczona powoływała się wprawdzie na problemy rodzinne, ale ich apogeum, według zeznań świadka, miało miejsce w połowie sierpnia, a składkę należało opłacić do 10 września 2018 r. Nawet przedłużający się kryzys małżeński, przy braku innych zdarzeń nie usprawiedliwia opóźnienia. Również opisywana stresowa sytuacja, związana ze zmianą przedszkola dziecka, nie jest na tyle doniosła, biorąc pod uwagę zwłaszcza termin opłacenia składki, by stanowić o usprawiedliwieniu opóźnienia.

Mając na uwadze powyższe, na zasadzie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c., Sąd orzekł, jak w sentencji wyroku (pkt 1).

O kosztach zastępstwa procesowego orzeczono na podstawie art. 98 § 1 k.p.c., zgodnie z treścią którego strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony. Do niezbędnych kosztów procesu strony reprezentowanej przez fachowego pełnomocnika zalicza się wynagrodzenie, jednak nie wyższe niż stawki opłat określone w odrębnych przepisach i wydatki jednego adwokata, koszty sądowe i koszty nakazanego przez Sąd osobistego stawiennictwa (§ 3 art. 98 k.p.c.). Wysokość stawki minimalnej w sprawach o świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego i zaopatrzenia emerytalnego oraz w sprawach dotyczących podlegania ubezpieczeniom społecznym, zgodnie z § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22.10.2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 265 ze zm.), wynosi 180 zł. (pkt 2 wyroku).