

Sygn. akt VII U 196/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 czerwca 2018 r.

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

w składzie:

Przewodniczący: SSO Dorota Michalska

Protokolant: Urszula Kalinowska

po rozpoznaniu w dniu 7 czerwca 2018 r. w Warszawie

sprawy W. S.

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

o podleganie ubezpieczeniom społecznym

na skutek odwołania W. S.

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

z dnia 14 grudnia 2017 r. znak: (...)

oddala odwołanie

UZASADNIENIE

W. S. w dniu 11 stycznia 2018 r. wniosła odwołanie za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w W. do Sądu Okręgowego Warszawa-Praga w Warszawie od decyzji w/w organu rentowego z dnia 14 grudnia 2017 r., nr: (...). Odwołująca wniosła o zmianę zaskarżonej decyzji poprzez stwierdzenie, że podlegała ubezpieczeniu chorobowemu w okresach od dnia 2 maja 2013 r.

do dnia 24 czerwca 2013 r. oraz od dnia 24 czerwca 2014 r. do dnia 5 stycznia 2016 r., jak również o zasądzenie od organu rentowego na swoją rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Odwołująca stwierdziła,

że wyrażała chęć bycia ubezpieczoną, jednak nie posiadała wiedzy o obowiązku zgłoszenia

o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, wskazując jednocześnie, że toczyło się postępowanie sądowe dotyczące jej wyłączenia z ubezpieczeń. Ubezpieczona podkreśliła,

że nie miała możliwości dokonania odpowiedniego zgłoszenia, ponieważ została poinformowana przez organ rentowy, że ustalenie jej podlegania do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego będzie możliwe dopiero po uprawomocnieniu się wyroku sądu. Odwołująca uznała, że jej wola została ujawniona w sposób wyraźny przy dokonywaniu zgłoszenia jako płatnika składek w okresie od dnia 2 maja 2013 r. do dnia 5 stycznia 2016 r. do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego oraz dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. W ocenie ubezpieczonej należy mieć również na uwadze dyspozycję art. 9 k.p.a., zgodnie z którą organ rentowy jest obowiązany do należytego i wyczerpującego informowania stron o okolicznościach faktycznych i prawnych. Zdaniem odwołującej czynność wyłączenia jej z ubezpieczeń społecznych przez organ rentowy stało się przyczyną wyrejestrowania z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego

z tytułu prowadzonej przez nią działalności gospodarczej (k. 3-7 a. s.).

Zakład Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w W. w odpowiedzi na odwołanie z dnia 8 lutego 2018 r. wniósł o oddalenie odwołania na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. Organ rentowy przytaczając obowiązujące przepisy prawa, jak również cytując poglądy orzecznicze, wskazał, że nabycie prawa do zasiłku macierzyńskiego powoduje, iż dana osoba zobowiązana jest do złożenia odpowiednio wypełnionych dokumentów celem zmiany schematu podlegania ubezpieczeniom. W ocenie Oddziału z chwilą nabycia prawa do zasiłku macierzyńskiego dobrowolne ubezpieczenie chorobowe osoby prowadzącej działalność gospodarczą ustaje i nie istnieje możliwość przystąpienia do tego ubezpieczenia ani z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego Zdaniem organu rentowego dopiero po zakończeniu pobierania zasiłku, osoba taka może zostać objęta także dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, jeżeli złoży wniosek o objęcie w/w ubezpieczeniem (k. 18-19 a. s.).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Zgodnie z Centralną Ewidencją i Informacją o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej W. Z. w dniu 2 maja 2013 r. rozpoczęła prowadzenie działalności gospodarczej pod nazwą W. Z. Usługi (...), (...) (akta ZUS).

Z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej odwołująca została objęta obowiązkowo ubezpieczeniem emerytalno-rentowym i wypadkowym oraz dobrowolnym chorobowym od dnia 2 maja 2013 r. do dnia 5 stycznia 2016 r. (akta ZUS).

Zakład Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w W. po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego wydał decyzję z dnia 20 sierpnia 2013 r., nr: (...), zgodnie z którą stwierdził, że odwołująca nie podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu od dnia 2 maja 2013 r. (akta ZUS).

Organ rentowy pismem z dnia 5 lutego 2016 r. kierowanym do odwołującej wskazał, że z uwagi na fakt, iż postępowanie sądowe nie zostało na dzień dzisiejszy zakończone, ustalenia podlegania do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego możliwe będzie po uprawomocnieniu się wyroku sądu (akta ZUS).

Na skutek zaskarżenia decyzji organu rentowego, tutejszy Sąd wyrokiem z dnia 16 września 2014 r. stwierdził, że odwołująca podlega obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym od dnia 2 maja 2013 r. Następnie Sąd Apelacyjny w Warszawie III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z dnia 23 maja 2017 r. oddalił apelację organu rentowego (k. 9 a. s. i akta ZUS).

W związku z oddaleniem apelacji organu rentowego, odwołująca otrzymała prawo do pobrania zasiłku macierzyńskiego za okres od dnia 25 czerwca 2013 r. do dnia 23 czerwca 2014 r. na mocy decyzji z dnia 21 września 2017 r. (k. 11-12 a. s., akta ZUS).

Odwołująca w dniu 19 października 2017 r. złożyła wniosek do organu rentowego o wydanie decyzji dotyczącej ustalenia podlegania ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzonej przez nią działalności gospodarczej (akta ZUS).

W związku z tym organ rentowy zawiadomił odwołującą w dniu 14 listopada 2017 r. na podstawie art. 50 § 1, art. 61 § 1 i § 4 k.p.a. i art. 123 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych o wszczęciu na jej wniosek postępowania wyjaśniającego w sprawie ustalenia okresu podlegania do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych oraz dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia przez nią pozarolniczej działalności gospodarczej (akta ZUS).

Po zakończeniu postępowania Zakład Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w W. wydał zaskarżoną decyzję z dnia 14 grudnia 2017 r., nr: (...) na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 1 i 2, art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 9 ust. 1c, art. 11 ust. 2, art. 12

ust. 1, art. 13 pkt 4 i art. 14 ust. 1 i 1a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. Organ rentowy stwierdził, że W. S. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu i zdrowotnemu w okresach od dnia 2 maja 2013 r. do dnia 24 czerwca 2013 r. i od dnia 24 czerwca 2014 r. do dnia 5 stycznia 2016 r. oraz dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od dnia 2 maja 2013 r. do dnia

24 czerwca 2013 r. Organ rentowy uznał, że w związku z nabyciem przez ubezpieczoną prawa do zasiłku macierzyńskiego, osoba prowadząca działalność gospodarczą, która zdecydowała o nieprzystąpieniu do dobrowolnych ubezpieczeń emerytalnego i rentowego, powinna od dnia uzyskania prawa do świadczenia wyrejestrować się z ubezpieczeń społecznych, w tym z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego i zdrowotnego oraz zgłosić się do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Oddział zaznaczył, że jeżeli osoba ta przystąpi do dobrowolnych ubezpieczeń emerytalno-rentowych, to nie może być objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Dalej organ rentowy wskazał, że po ustaniu zasiłku macierzyńskiego, jeśli działalność gospodarcza jest wykonywana oraz nie zachodzą okoliczności wyłączające obowiązek ubezpieczeń, odwołująca powinna wyrejestrować się z ubezpieczenia zdrowotnego a następnie ponownie zgłosić się do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. Organ rentowy zaznaczył, że ubezpieczona mogłaby zostać objęta również dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, gdyby złożyła stosowny wniosek (akta ZUS).

Odwołująca w ramach prowadzonej działalności gospodarczej wykonywała usługi fryzjerskie. Ubezpieczona nie próbowała składać wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym, ponieważ w jej ocenie dopiero po zakończeniu postępowania sądowego będzie można ustalić sporną kwestię (zeznania odwołującej, k. 31 verte a. s.).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie zgromadzonego materiału dowodowego zawartego w aktach sądowych i aktach rentowych oraz w oparciu o część zeznań odwołującej. Sąd uznał wszystkie dokumenty za wiarygodne, w szczególności że strony procesu nie wnosili żadnych zastrzeżeń co do treści z nich wynikających.

Sąd dodatkowo uznał w części za wiarygodne zeznania ubezpieczonej, ponieważ w tym zakresie były one zbieżne z pozostałym materiałem dowodowym zgromadzonym w sprawie. Sąd jednocześnie uznał za niewiarygodne twierdzenia ubezpieczonej, jakoby kilkakrotnie otrzymywała informację z organu rentowego, że nie może złożyć wniosku o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Jedynym dowodem, na który powołuje się odwołująca, jest pismo organu rentowego z dnia 5 lutego 2016 r., który Sąd dołączył do zgromadzonego materiału dowodowego. Należy wskazać, że ubezpieczona nie udowodniła

w toku postępowania sądowego, aby organ rentowy odmówił jej kilkakrotnie dokonania zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Sąd ustalił, że w aktach sprawy nie znajdują się żadne inne dokumenty wskazujące, że odwołująca podejmowała jakiegokolwiek działania w celu uzyskania prawa do w/w ubezpieczenia. Dodatkowo sama zeznała, że nie próbowała składać wniosku o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym po uzyskaniu informacji od organu rentowego zawartej w piśmie z dnia 5 lutego 2016 r.

Mając na uwadze powyższe, Sąd uznał zgromadzony materiał dowodowy za wystarczający do wydania wyroku.

Sąd zważył, co następuje:

Odwołanie W. S. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (...)
Oddział w W. z dnia 14 grudnia 2017 r., nr: (...) jest niezasadne i podlega oddaleniu.

Zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1778 z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą”, 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.

W myśl art. 9 ust. 1c ustawy, osoby, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8 i 10, 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.

Na podstawie art. 11 ust. 2 ustawy, dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają na swój wniosek osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8 i 10.

Jak stanowi art. 13 pkt 4 ustawy, obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, chorobowemu i wypadkowemu podlegają osoby fizyczne w następujących okresach: osoby prowadzące pozarolniczą działalność - 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 świetle art. 14 ust. 1 i 1a ustawy, 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. 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.

Odwołująca w toku postępowania sądowego wskazywała, że początkowo była zgłoszona do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego do dnia 5 stycznia 2016 r. Zatem należało uznać, że wola ubezpieczonej została oświadczona w sposób wyraźny a wniosek nie był potrzebny. Jednak zgodnie z cytowanym poglądem wypracowanym przez orzecznictwo, „opóźnienie w opłaceniu składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe powoduje ustanie ubezpieczenia, a więc dobrowolny tytuł ubezpieczenia społecznego ustaje z mocy prawa od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie należnej na to ubezpieczenie składki. Ustanie ubezpieczenia następuje wskutek wyraźnego uznania przez ustawodawcę, że nieopłacenie przez ubezpieczonego w terminie należnej składki stanowi jego rezygnację z tego rodzaju ubezpieczenia. Ponowne objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami społecznymi, w tym chorobowym wymaga złożenia nowego wniosku przez zainteresowanego. Samo opłacanie składek na dobrowolne ubezpieczenie społeczne, po ustaniu z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia nie powoduje dalszego trwania ochrony ubezpieczeniowej z wygasłego stosunku ubezpieczenia. Wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym musi być wyraźny i jednoznaczny, nie jest wystarczające samo opłacanie składek przez zainteresowanego oraz przyjmowanie tych składek przez organ rentowy.” (wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 30 października 2012 r., sygn. akt III AUa 550/12) „Nie można złożyć wniosku o objęcie ubezpieczeniem chorobowym w sposób dorozumiany. Wykładnia językowa art. 11 ust. 2 oraz art. 14 ust. 1

i 1a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych wskazuje na konieczność złożenia przez ubezpieczonego odpowiedniego wniosku jako warunku objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.” (wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 10 stycznia 2013 r., sygn. akt III AUa 895/12) W związku z powyższym zdaniem Sądu jednoznacznie należało uznać, że dla objęcia odwołującej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, po zakończeniu pobierania przez nią zasiłku macierzyńskiego, koniecznym było złożenie przedmiotowego wniosku do organu rentowego.

Nie można było przyjąć również argumentacji ubezpieczonej, zgodnie z którą wskazywała, że nie posiadała wiedzy o obowiązku zgłoszenia się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Zgodnie bowiem ze znaną paremią ignorantia iuris nocet, nieznajomość prawa szkodzi. W tym względzie błędny jest odwoływanie się do dyspozycji przepisu art. 9 k.p.a. zarzucając organowi rentowemu nienależyte poinformowanie strony o okolicznościach faktycznych i prawnych. Niezasadnym jest twierdzenie, że organ rentowy powinien poinformować ubezpieczoną o tym, że w związku z zakończeniem okresu korzystania przez nią z prawa do zasiłku macierzyńskiego winna jest złożyć wniosek

o objęcie jej na nowo dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Jak bowiem wynika z poglądu wyrażonego przez Sąd Najwyższy, organ rentowy nie jest zobowiązany do każdorazowego informowania potencjalnego świadczeniobiorcy o wszystkich wynikających z obowiązujących przepisów prawa możliwościach przyznawania dodatków wzrostów, czy wręcz innych świadczeń, a jedynie tych, do których potencjalne prawo wynika z charakteru wnioskowanego świadczenia bądź złożonych dokumentów, czy też innych ujawnionych w momencie składania wniosku okoliczności faktycznych i prawnych (poruszone w wyroku Sądu Najwyższego z 18 listopada 2011 r., sygn. akt I UK 130/11) Sąd ustalił, że w dokumentach znajdujących się w aktach rentowych jest tylko jeden dowód rzeczowy w postaci pisma z dnia 5 lutego 2016 r. wskazujący, iż udzielano informacji odwołującej odnoszącej się do możliwości ubiegania się o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Sąd zważył, że ten dokument został nadesłany po upływie okresu spornego w niniejszej sprawie, tj. od dnia 24 czerwca 2014 r. do dnia 5 stycznia 2016 r. W ocenie Sądu na podstawie zgromadzonego materiału dowodowego w niniejszej sprawie odwołująca dopiero po okresie 1,5 roku od momentu zakończenia pobierania zasiłku macierzyńskiego, zainteresowała się możliwością objęcia jej osoby dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. W aktach sprawy nie ma żadnej informacji, poza gołosłownymi twierdzeniami ubezpieczonej, aby wcześniej kilkakrotnie pozyskiwała informacje w tym zakresie od organu rentowego. Ponadto Sąd zważył, że odwołująca błędnie interpretuje wskazania organu rentowego zawarte w jego piśmie z dnia 5 lutego 2016 r. Oddział stwierdził w nim, że ustalenia podlegania do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego możliwe będzie po uprawomocnieniu się wyroku, ponieważ postępowanie sądowe nie zostało zakończone. W żadnym fragmencie pisma, organ rentowy nie podniósł, że odwołująca nie może złożyć wniosku o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, ponieważ takie działanie byłoby wbrew obowiązującym przepisom prawa. W/w wskazanie dotyczy sytuacji, w której organ rentowy zmuszony byłby zawiesić postępowanie zainicjowane nowym wnioskiem ubezpieczonej do czasu zakończenia sprawy dotyczącej kwestii podlegania ubezpieczeniom społecznym. Zdaniem Sądu ubezpieczona miała prawo złożenia przedmiotowego wniosku do organu rentowego, a nie dopełnienie przez nią obowiązku wynikającego wprost z przepisów ustawy, skutkowało odmową przez organ rentowy przyznania prawa do podlegania ubezpieczeniu chorobowemu za okres od dnia 24 czerwca 2014 r. do dnia 5 stycznia 2016 r.

Mając powyższe na uwadze, Sąd na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. orzekł, jak w sentencji.

Zarządzenie: odpis wyroku wraz z uzasadnieniem doręczyć (...)

MK