

Sygn.akt III AUa 325/17

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 15 listopada 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku, III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

**Przewodniczący: SSA Sławomir Bagiński (spr.)**

**Sędziowie: SA Marek Szymanowski**

**SA Alicja Sołowińska**

**Protokolant: Agnieszka Charkiewicz**

po rozpoznaniu na rozprawie 8 listopada 2017 r. w B.

**sprawy z odwołania M. K. (1) oraz M. K. (2)**

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B.

o ustalenie istnienia ubezpieczenia chorobowego

**na skutek apelacji M. K. (1) oraz M. K. (2)**

od wyroku Sądu Okręgowego w Łomży III Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z 23 marca 2017 r. sygn. akt III U 53/17

I. **oddala apelacje;**

II. **zasądza od M. K. (1) i M. K. (2) na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. po 120 (sto dwadzieścia) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa prawnego za II instancję.**

Sygn. akt III AUa 325/17

## UZASADNIENIE

Decyzją nr (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 2, art. 11 ust. 2, art. 14 ust. 1 i 1a, art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2015 r., poz. 121 z późn.zm.) stwierdził, że M. K. (1) jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlegał dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od 14.03.2011 r. do 31.05.2015 r., od 1.08.2016 r. do 30.09.2016 r. oraz podlega temu ubezpieczeniu od 1.11.2016 r.

Decyzją z 19.01.2017 nr (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 2, art. 11 ust. 2, art. 14 ust. 1 i 1a, art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2015 r., poz. 121 z późn.zm.) stwierdził, że M. K. (2) jako osoba współpracująca przy prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od 20.04.2014 r. do 4.02.2015 r., od 1.04.2015 r. do 31.05.2015 r., od 1.08.2016 r. do 30.09.2016 r. oraz podlega temu ubezpieczeniu od 1.11.2016 r.

W uzasadnieniu decyzji nr (...) ZUS wskazał, że M. K. (1) podlegając obowiązkowym ubezpieczeniom: emerytalnym, rentowym i wypadkowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej od 01.03.2011 r. przystąpił

do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego na złożonym 14.03.2011 r. formularzu (...). Biorąc pod uwagę fakt, że dokument zgłoszeniowy złożony został bez zachowania terminu określonego w art.36 ust.4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, M. K. (1) został objęty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od 14.03.2011.

Z uwagi na opłacenie składki na ubezpieczenia za lipiec 2016 w terminie płatności - 10.10.2016 r., lecz w niepełnej wysokości M. K. (1) złożył dokument (...) wyrejestrowujący z ubezpieczeń od 1.07.2016, druk (...) ze zgłoszeniem wyłącznie do ubezpieczeń obowiązkowych od 1.07.2016 r. oraz (...) wyrejestrowujący z ubezpieczeń od 1.08.2016 r. M. K. (1) złożył również korektę dokumentów rozliczeniowych za lipiec 2016 bez naliczonej składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Ponownego zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego M. K. (1) dokonał od 1.08.2016 r. na druku (...) złożonym 10.10.2016 r. W wyniku przeprowadzonej analizy dokumentów stwierdzono, że od 1.04.2015 r. do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego zgłoszona została M. K. (2) jako osoba współpracująca przy prowadzonej przez M. K. (1) pozarolniczej działalności gospodarczej. Na okres od 5.06.2015 r. do 1.07.2015 r. ww. wystąpiła z wnioskiem o wypłatę zasiłku chorobowego, a następnie od 11.07.2015 r. do 8.07.2016 r. zasiłku macierzyńskiego.

Analiza złożonych dokumentów rozliczeniowych oraz wpłat dokonanych na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych wykazała, że w raporcie rozliczeniowym przekazanym za M. K. (2) za czerwiec 2015, jako płatnik składek M. K. (1) dokonał zmniejszenia podstawy wymiaru składek do kwoty 1319,67 zł. o okres niezdolności do pracy pomimo, że ww. nie spełniała warunków do przyznania zasiłku chorobowego - brak 90-dniowego okresu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu na dzień 5.06.2015 r. - i opłacił 6.07.2015 składkę w zaniżonej wysokości. Dnia 26.10.2016 r. skorygowano podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne M. K. (2) za czerwiec 2015 do kwoty 9.897,50 zł. oraz dopłacono powstałą różnicę składek.

ZUS wskazał, że z uwagi na fakt, że osoba prowadząca działalność gospodarczą rozlicza się z osobą współpracującą łącznie, niedopłata za czerwiec 2015 r. spowodowała, że składki na ubezpieczenie chorobowe zarówno płatnika jak i osoby współpracującej były niepełne. Powyższe spowodowało ustanie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 1.06.2015 r.

Dnia 26.10.2016 r. M. K. (1) złożył wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za czerwiec 2015 r. Jako powód nieterminowej opłaty składki za czerwiec 2015 r. podał, że w przekazanych za ten miesiąc dokumentach rozliczeniowych dokonał obniżenia podstawy wymiaru składek osoby współpracującej ponieważ był przekonany, że okres niezdolności do pracy, za który ubezpieczona nie ma prawa do świadczenia chorobowego przy ustalaniu okresu wyczekiwania traktuje się na równi z okresem ubezpieczenia chorobowego. Organ rentowy, w oparciu o złożone dokumenty zarówno zgłoszeniowe jak i rozliczeniowe nie dał wiary złożonym wyjaśnieniom. Uznał, że działania w zakresie składanych za osobą współpracującą dokumentów świadczą, iż M. K. (1) posiadał wiedzę odnośnie zasad zmniejszania podstaw wymiaru składek, w związku z ubieganiem się o wypłatę zasiłku chorobowego. Ponadto brak znajomości prawa nie jest uzasadnionym przypadkiem do wyrażenia zgody na opłacenie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie. ZUS wskazał, że na płatniku składek ciąży obowiązek do prawidłowego zmniejszania podstawy wymiaru składek za miesiąc, w którym osoba współpracująca spełnia warunki do przyznania zasiłku. Płatnik nie był uprawniony do pomniejszenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne w miesiącach od czerwca 2015 r. do lipca 2016 r. o okres zasiłku chorobowego, a następnie macierzyńskiego osoby współpracującej. Z uwagi na terminowe i w pełnej wysokości opłacanie składek za miesiące sierpień – wrzesień 2016 r., ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym nastąpiło od 1.08.2016 r., zgodnie ze zgłoszeniem (...), przekazanym 10.10.2016 r. Analiza wpłat dokonanych na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych wykazała nieterminowe opłacenie składki za październik 2016 r. - zamiast 15.11.2016 r. opłaty składek dokonano 16.11.2016 r.

W uzasadnieniu decyzji nr (...) ZUS dotyczącej M. K. (2) ZUS wskazał, że została ona zgłoszona do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu współpracy przy prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej z M. K. (1) w okresach od 20.04.2014 r. do 4.02.2015 r. oraz od 1.04.2015 r.. Na okres od 5.06.2015 r. do 1.07.2015 r. ww. wystąpiła z wnioskiem o wypłatę zasiłku chorobowego, a następnie od

11.07.2015 r. do 8.07.2016 r. zasiłku macierzyńskiego. Z uwagi na opłacenie składki na ubezpieczenia za lipiec 2016 r. w terminie płatności - 10.10.2016 r., lecz w niepełnej wysokości płatnik złożył dokument (...) wyrejestrowujący M. K. (2) z ubezpieczeń od 1.07.2016 r., druk (...) ze zgłoszeniem ww. wyłącznie do ubezpieczeń obowiązkowych od 1.07.2016 r. oraz (...) wyrejestrowujący z ubezpieczeń od 1.08.2016. Złożył również korektę dokumentów rozliczeniowych za lipiec 2016 r. bez naliczonej składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Ponownego zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego M. K. (2) płatnik dokonał od 1.08.2016 r. na druku (...) złożonym 10.10.2016 r. ZUS podał, że analiza złożonych dokumentów rozliczeniowych oraz wpłat dokonanych na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych wykazała, że w przekazanym za M. K. (2) za czerwiec 2015 r. raporcie rozliczeniowym płatnik składek dokonał zmniejszenia podstawy wymiaru składek do kwoty 1.319,67 zł. o okres niezdolności do pracy pomimo, że ww. nie spełniała warunków do przyznania zasiłku chorobowego - brak 90-dniowego okresu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu na 5.06.2015 r. - i składkę w zaniżonej wysokości opłacił 6.07.2015 r. Zdaniem ZUS pomniejszenie podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne w związku z ubieganiem się o wypłatę zasiłku chorobowego może nastąpić przed jego wypłatą tylko w przypadku spełniania warunków do przyznania zasiłku. Zgodnie bowiem z art.18 ust.9 i 10 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych w przypadku niezdolności do pracy trwającej przez część miesiąca, jeżeli z tego tytułu ubezpieczony spełnia warunki do przyznania zasiłku, ma on prawo do zmniejszenia najniższej podstawy wymiaru składek za ten miesiąc. Dnia 26.10.2016 r. skorygowano podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne Pani K. M. za czerwiec 2015 r. do kwoty 9.897,50 zł oraz dopłacono powstałą różnicę składek. Dnia 26.10.2016 r. złożony został również wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za czerwiec 2015 r. z tytułu współpracy. Płatnik składek, jako powód nieterminowej opłaty składki za czerwiec 2015 r. podał, że w przekazanych za ten miesiąc dokumentach rozliczeniowych dokonał obniżenia podstawy wymiaru składek osoby współpracującej ponieważ był przekonany, że okres niezdolności do pracy, za który ubezpieczony nie ma prawa do świadczenia chorobowego przy ustalaniu okresu wyczekiwania traktuje się na równi z okresem ubezpieczenia chorobowego. Zakład uznał, że działania płatnika świadczą, iż posiada on wiedzę odnośnie zasad zmniejszania podstaw wymiaru składek, w związku z ubieganiem się o wypłatę zasiłku chorobowego. Ponadto brak znajomości prawa nie jest uzasadnionym przypadkiem do wyrażenia zgody na opłacenie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie. W konkluzji ZUS uznał, że z uwagi na brak okresu wyczekiwania M. K. (2) nie spełniała warunków do przyznania zasiłku.

Odwołania od powyższych decyzji wnieśli M. K. (1) oraz M. K. (2), zaskarżając je odpowiednio w części dotyczącej wyłączenia płatnika składek oraz osoby z nim współpracującej z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego za okres od 1.06.2015 r. do 31.07.2016 r.

M. K. (1) zaskarżonej decyzji nr (...) zarzucił naruszenie art. 14 ust. 1 i 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez błędną wykładnię tych przepisów, polegającą na przyjęciu, iż opłacanie składki w niepełnej wysokości za miesiąc czerwiec 2015 r., spowodowało ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego odwołującego się w okresie od 1.06.2015 r. do 31.07.2016 r.

Wskazując na powyższe skarżący wniósł o ustalenie, że M. K. (1) podlegał w okresie od 1.06.2015 r. do 31.07.2016 r. dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako płatnik składek. Zasądzenie od organu rentowego na rzecz odwołujących się kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg. norm przepisanych.

M. K. (2) i M. K. (1) zaskarżonej decyzji nr (...) zarzucili naruszenie:

- art. 365 k.p.c. i 366 k.p.c., poprzez niezastosowanie w sprawie rozstrzygnięcia prawomocnego wyroku z 10 listopada 2015 r., sygn. akt III U 461/15 SO w Łomży i utrzymującego w mocy ten wyrok wyroku z 16.09.2016 r. sygn.. akt III AUa 1392/15 SA w B., stwierdzającego iż odwołująca się M. K. (2) podlega od 1.04.2015 r. jako osoba współpracująca z płatnikiem składek obowiązkowym ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowemu i wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu;

- art. 14 ust. 1 i 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych w związku z art. 6 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, poprzez błędną wykładnię tych przepisów,

polegającą na przyjęciu, iż opłacanie składki w niepełnej wysokości za miesiąc czerwiec 2015 r., spowodowało ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego odwołującej się w okresie od 1.06.2015 r. do 31 lipca 2016 r.

Wskazując na powyższe skarżący wnieśli o ustalenie, że M. K. (2) podlegała w okresie od 1.06.2015 r. do 31.07.2016 r. dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba współpracująca z płatnikiem składek; zasądzenie od organu rentowego na rzecz odwołujących się kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg. norm przepisanych.

Zdaniem skarżących zarówno płatnik składek jak i osoba z nim współpracująca mieli wolę kontynuowania ubezpieczenia a zaniżenie składki wynikało z powodu mylnego wyliczenia jej wysokości, uwzględniającego niezdolność do pracy ubezpieczonej w okresie, w którym nie nabyła jeszcze prawa do zasiłku.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych w odpowiedzi na odwołania wniósł o ich oddalenie oraz o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych, powołując się na argumenty zawarte w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji.

Postanowieniem z 20.02.2017 r. SO w Łomży na zasadzie art. 219 k.p.c. połączył sprawy toczące się z odwołania M. K. (1) oraz M. K. (2) na decyzje ZUS w B. odpowiednio nr 119/16 oraz 120/16.

Sąd Okręgowy w Łomży w 23.03.2017 r. oddalił odwołania i zasądził od odwołujących się na rzecz organu rentowego po 180 zł tytułem kosztów procesu.

Wyrok ten oparł na następujących ustaleniach faktycznych:

Od 1.04.2015 r. do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego zgłoszona została M. K. (2) jako osoba współpracująca przy prowadzonej przez M. K. (1) pozarolniczej działalności gospodarczej. Na okres od 5.06.2015 r. do 1.07.2015 r. ww. wystąpiła z wnioskiem o wypłatę zasiłku chorobowego, a następnie od 11.07.2015 r. do 8.07.2016 r. zasiłku macierzyńskiego.

M. K. (2) dokonała zmniejszenia podstawy wymiaru składek za czerwiec 2015r. do kwoty 1319,67 zł - o okres niezdolności do pracy pomimo, że ww. nie spełniała warunków do przyznania zasiłku chorobowego - brak 90-dniowego okresu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu na dzień 5.06.2015 r. Dnia 26.10.2016 r. skorygowano podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne M. K. (2) za czerwiec 2015 r. do kwoty 9 897,50 zł. oraz dopłacono powstałą różnicę składek.

M. K. (1) opłacił składki na ubezpieczenia za lipiec 2016 r. w terminie płatności lecz w niepełnej wysokości. Z uwagi na to 10.10.2016 r. złożył dokumenty: (...) wyrejestrowujący z ubezpieczeń od 1.07.2016, druk (...) ze zgłoszeniem wyłącznie do ubezpieczeń obowiązkowych od 1.07.2016 r. oraz (...) wyrejestrowujący z ubezpieczeń od 1.08.2016 r. M. K. (1) złożył również korektę dokumentów rozliczeniowych za miesiąc lipiec 2016 r. bez naliczonej składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Ponownego zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego M. K. (1) dokonał od 1.08.2016 r. na druku (...), złożonym 10.10.2016 r.

Od 1.04.2015 r. do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego zgłoszona została M. K. (2) jako osoba współpracująca przy prowadzonej przez M. K. (1) pozarolniczej działalności gospodarczej. Na okres od 5.06.2015 r. do 1.07.2015 r. ww. wystąpiła z wnioskiem o wypłatę zasiłku chorobowego, a następnie od 11.07.2015 r. do 8.07.2016 r. zasiłku macierzyńskiego.

Dnia 26.10.2016 r. płatnik złożył wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za czerwiec 2015 r. Jako powód nieterminowej opłaty składki podał, że w przekazanych za ten miesiąc dokumentach rozliczeniowych dokonał obniżenia podstawy wymiaru składek osoby współpracującej, ponieważ był przekonany, że okres niezdolności do pracy, za który ubezpieczona nie ma prawa do świadczenia chorobowego przy ustalaniu okresu wyczekiwania traktuje się na równi z okresem ubezpieczenia chorobowego.

M. K. (1) przed ubezpieczeniem małżonki konsultował się z biurem rachunkowym, z którego usług korzysta od momentu rozpoczęcia działalności gospodarczej. Biuro przygotowuje mu wszystkie wyliczenia i odpowiednie deklaracje, on natomiast wykonuje przelewy i stosuje się do dokumentów przygotowanych przez biuro.

Stan faktyczny w sprawie Sąd Okręgowy ustalił w oparciu o wyjaśnienia M. K. (1) oraz dowody z dokumentów, które uznał za wiarygodne.

Sąd Okręgowy powołał się na treść art. 11 ust. 2, art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 14 ust. 1 oraz art. 17 w związku z art. 46 ustawy systemowej,

W ocenie Sądu Okręgowego nie ulega wątpliwości, że pomniejszenie przez ubezpieczonego składki za czerwiec 2015 r. nie było prawidłowe. Ubezpieczona, której podstawa wymiaru składek wynosiła 9.897,50 zł nie mogła dokonać w czerwcu 2015 r. zmniejszenia kwoty składki. Tak się jednak stało i w terminie – co jest bezsporne – ubezpieczona zapłaciła składkę za czerwiec 2015 r. tylko w części. Pozostała kwota składki należnej za ww. miesiąc została zapłacona po terminie – 26.10.2016 r. Wobec powyższego – zgodnie z art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej – dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustalo 1 czerwca 2015 r. Dobrowolne ubezpieczenie chorobowe wygasa bowiem z mocy prawa (ex lege), gdy niedotrzymany został termin zapłaty składki. Osoba składająca wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym i oczekująca świadczeń od organu rentowego, zobowiązana jest do opłacania składki na to ubezpieczenie w terminie i we właściwej wysokości. Dla zachowania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego konieczne jest zapłacenie składki należnej na to ubezpieczenie. Opłacenie składki w niepełnej wysokości także jest podstawą dla uznania, że zaistniały przesłanki do ustania podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z mocy prawa, od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono składki w pełnej wysokości. Wyrażenie przez organ rentowy zgody na opłacenie składki po terminie sprawia natomiast, że pomimo, iż składka nie została uiszczona w terminie, dobrowolne ubezpieczenie nie ustaje (por. w wyroku Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z 3.07.2014r., sygn. akt III AUa 1349/13, LEX nr 1493876, wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 19.09.2013r., sygn. akt III AUa 1626/12 LEX nr 141603).

Sąd Okręgowy wskazał, że pojęcie składki „należnej” oznacza składkę we właściwej wysokości. Nie ma przy tym znaczenia, czy do nieterminowego uregulowania składki doszło z przyczyn zawinionych, czy też niezawinionych przez ubezpieczonego. W orzecznictwie zwraca się uwagę, iż skoro opłacanie składek obciąża ubezpieczonego, to nie może on powoływać się na błąd ( wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 7.07.2004 r., III AUa 547/03, LEX nr 151756; uzasadnienie wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 10 listopada 2015r., III AUa 1854/15; wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 4.09.2012 r., III AUa 409/12). Sąd Okręgowy uznał, że nieuprawnione jest powoływanie się przez osobę ubezpieczoną na jej niewiedzę. Nie jest także uprawnione powoływanie się na ewentualne błędy biura rachunkowego, przy pomocy którego ubezpieczony wykonuje czynności związane z prowadzoną działalnością gospodarczą. Ubezpieczony jako osoba prowadząca działalność gospodarczą na własny rachunek i ryzyko, czyli zawodowo występująca w obrocie prawnym, ma obowiązek znajomości regulacji prawnych związanych z wykonywaną działalnością i skutków, jakie wynikają w razie zaniechania przewidzianych ustawą obowiązków. Jakakolwiek nieznanie przepisów w tym zakresie nie może więc być wytłumaczeniem.

W rozpatrywanej sprawie ubezpieczony wnosząc o przywrócenie terminu opłacenia składek za czerwiec 2015 r. – jako na jedyne usprawiedliwienie swego działania – powoływała się na swoją niewiedzę. Nie wskazywał innych okoliczności, które można byłoby zakwalifikować jako uzasadniony przypadek. Jak wskazuje art. 14 ust. 2 ustawy muszą istnieć uzasadnione – choć niekonieczne nadzwyczajne – okoliczności. Z uwagi na powołaną już argumentację Sąd ocenił, że taką okolicznością usprawiedliwioną nie jest mylne postrzeganie przepisów prawa przez ubezpieczonego.

Odnosząc się do zarzutu związania organu prawomocnym wyrokiem z 10.11.2015 r., sygn. akt III U 461/15 SO w Łomży, uznającego iż odwołująca się M. K. (2) podlega od 1.04.2015 r. jako osoba współpracująca z płatnikiem składek obowiązkowym ubezpieczeniem: emerytalnemu, rentowemu i wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, Sąd pierwszej instancji uznał, że kwestia ta pozostaje bez znaczenia dla rozpatrzenia niniejszej sprawy.

Nie ulegało bowiem wątpliwości, że w sprawie III U 461/15 zarówno sąd pierwszej jak i drugiej instancji nie badał, czy nastąpiły okoliczności, które miały wpływ na podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Zakład miał pełne prawo do wydania decyzji w zakresie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu przez M. K. (2) skoro po 1.04.2015 r. nastąpiły zmiany w stanie faktycznym sprawy.

Zdaniem Sądu Okręgowego powoływanie się na stan niewiedzy ubezpieczonego nie jest okolicznością, która obiektywnie mogłaby usprawiedliwić niedokonanie zapłaty pełnej składki za czerwiec 2015 r.

Apelacje od tego wyroku wnieśli M. K. (1) i M. K. (2). Wyrok zaskarżyli w całości.

Zarzucili mu naruszenie art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2005 r. r. poz. 121), poprzez błędną wykładnię polegającą na przyjęciu, iż przez należną składkę w rozumieniu art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy należy rozumieć pełną składkę, a opłacenie składki w niepełnej wysokości za czerwiec 2015 r. z powodu wadliwego przyjęcia, iż podlegała ona zmniejszeniu w związku z okresem niezdolności do pracy M. K. (2), spowodowało ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego płatnika i ubezpieczonej.

Wskazując na powyższe skarżący wnieśli o zmianę zaskarżonego wyroku z punktach 1. i 3. oraz zmianę decyzji poprzez stwierdzenie, że skarżący w okresie od 1.06.2015 r. do 30.06.2016 r. podlegali dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, a także o zmianę punktu 2. i 4. poprzez zasądzenie na rzecz skarżących kosztów zastępstwa procesowego. Wnieśli też o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego za drugą instancję.

W uzasadnieniu skarżący podali, że organ rentowy po otrzymaniu wniosku M. K. (2) o zasiłek chorobowy w lipcu 2015 r., nie poinformował płatnika składek o bezpodstawnie zaniżonej podstawie składek za czerwiec 2015 r., czym utwierdził strony w przekonaniu o prawidłowości wyliczenia składek. Skarżący powołali się na orzeczenia Sądu Najwyższego: z 8.12.2015 r. w sprawie II UK 443/114 oraz z 8.01.2007 r. w sprawie I UZP 6/06, także orzecznictwo sądów powszechnych i wskazali, że opłacenie składki niższej od należnej nie powoduje ustania ubezpieczenia, jeżeli taka była wola ubezpieczonego. Stwierdzili, że art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej nie uzależnia przywrócenia terminu od zaistnienia przypadku wyjątkowego szczególnie uzasadnionego, wystarczające jest obiektywne usprawiedliwienie i wytłumaczenie. Wskazano, również, że sformułowanie o możliwości wyrażenia zgody przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych podkreśla swobodny charakter jego ocen i działań w tym zakresie, jednakże przyznana kompetencja może być wykonywana w ramach sprawdzalnych i sprawiedliwych kryteriów, które podlegają ocenie przez sąd rozpoznający odwołanie. W ocenie skarżących błąd biura rachunkowego, polegający na mylnym obliczeniu wysokości składek, poprzez pomniejszenie ich wymiaru zgodnie z art. 18 ust. 9 ustawy systemowej o dni choroby ubezpieczonej, przed wymaganym „okresem wyczekiwania”, do którego zakończenia zabrakło zaledwie kilku dni, uzasadnia przesłanki wyrażenia zgody na kontynuację ubezpieczenia apelujących stron.

Organ rentowy w odpowiedzi na apelacje wniósł o jej oddalenie oraz zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu organ rentowy wskazał, że płatnik, który od lat prowadzi działalność gospodarczą i jest profesjonalistą nie może skutecznie powoływać się na niezajomość prawa. Jeżeli płatnik chce pomniejszyć podstawy wymiaru składek to powinien upewnić się czy przysługuje mu ku temu prawo, skoro art. 18 ust. 10 ustawy systemowej jest jasny i nie może budzić żadnych wątpliwości. Płatnik chcąc korzystać ze świadczeń ubezpieczenia społecznego powinien dopełnić wszelkiej staranności i opłacić składki w terminie w przewidzianej prawem wysokości. Działania w zakresie składanych za osobę współpracującą dokumentów świadczą, iż płatnik ma wiedzę odnośnie zasad zmniejszania podstaw wymiaru składek, w związku z ubieganiem się o wypłatę zasiłku chorobowego. Nadto wskazano, że płatnik korzysta z profesjonalnego biura rachunkowego. Według organu rentowego błąd biura rachunkowego nie może być uznany za uzasadniony przypadek do wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie. Organ rentowy zwrócił szczególną uwagę na to, że M. K. (2) została zgłoszona do ubezpieczeń społecznych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 1.04.2015 r. na trzy miesiące przed porodem, oczekując wypłaty świadczeń z ubezpieczenia społecznego. W tych okolicznościach płatnik powinien dochować należytej staranności, aby żona pozostawała w dobrowolnym ubezpieczeniu chorobowym. Okoliczności sprawy świadczą o tym, że płatnik podchodzi

do ubezpieczeń instrumentalnie i zgłasza małżonkę do ubezpieczeń w okresach kiedy spodziewa się wypłaty świadczeń. Zadeklarowana podstawa wymiaru składek nie jest przypadkowa. Płatnik sam został zgłoszony do ubezpieczeń z najniższą podstawą wymiaru składek.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Argumenty przedstawione w apelacji są częściowo uzasadnione. Rzeczywiście, tak jak wskazuje apelacja w orzecznictwie Sądu Najwyższego (wyrok SN z 8.12.2015 r. II UK 443/14) reprezentowany jest pogląd, że opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w kwocie niższej niż należna nie powoduje ustania tego ubezpieczenia, jeżeli taka jest wola ubezpieczonego. W orzecznictwie przyjmuje się też, że dany przypadek opłacenia składki po terminie nie musi być wyjątkowy i szczególnie uzasadniony, a wystarczy obiektywne usprawiedliwienie i wytłumaczenie dlaczego składka została opłacona w niepełnej wysokości (patrz orzeczenia sądów apelacyjnych wskazane w apelacji). Takie wytłumaczenie prezentuje także skarżący płatnik składek.

Tym niemniej w ocenie Sądu Apelacyjnego w okolicznościach sprawy stanowisko sądu pierwszej instancji jest prawidłowe. Należy je uzupełnić o specyficzne okoliczności niniejszej sprawy i odnieść je do treści art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej. Istotne argumenty w tym względzie zawiera też odpowiedź na apelację.

Ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe, o których mowa w ust. 1, ustają: 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 (...) w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie (art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych - Dz.U. z 2015 r., poz. 121 ze zm., dalej jako „ustawa systemowa”).

Cytowany przepis używa zwrotu „w uzasadnionych przypadkach Zakład może wyrazić zgodę”. Sformułowanie „może wyrazić zgodę” jest wyrażeniem mniej kategorycznym, niż np. „wyraża zgodę”, lub „w uzasadnionych wypadkach ubezpieczenie nie ustaje”.

Rozstrzygnąć należy czy wyrażenie zgody na opłacenie składek jest decyzją związaną czy też decyzją uznaniową. Przydatne jest rozważenie analogii do postępowania stricte administracyjnego.

Uznanie oznacza samodzielność, która organowi administracyjnemu udziela norma prawna blankietowa, rozumiana jako norma posiadająca w pełni rozwiniętą hipotezę, a której dyspozycja przybiera formę przeciwstawnych możliwości, co oznacza, iż organ administracyjny ma wybór między różnymi sposobami zachowania się. „W orzecznictwie sądów administracyjnych zwraca się uwagę, że decyzje wydane na podstawie uznania administracyjnego wymagają szczegółowego uzasadnienia. Kryteria kontroli takich decyzji to kryterium zgodności z prawem oraz kryterium celowości - sąd badając przepisy prawa materialnego powinien sprawdzić, czy nie doszło do przekroczenia granic uznania administracyjnego oraz czy nie naruszono społeczno-prawnego celu danego przepisu materialnego, postuluje się poszerzenie zakresu kontroli również o zasady słuszności i sprawiedliwości” (Paweł Artymionek „Kryteria sprawowanej przez sądy administracyjne kontroli decyzji uznaniowych” Acta Universitatis Wratislaviensis No 3508 Prawo CCCXV/1 Wrocław 2013).

Według Naczelnego Sądu Administracyjnego (wyrok z dnia 28 stycznia 2011 r. (...) 181/10): „Działając w ramach swobodnego uznania, organ administracji ma możliwość wyboru rozstrzygnięcia w określonym stanie faktycznym. Powyższe nie oznacza, że możliwość wykorzystania przez organ luzu decyzyjnego pozwala na podjęcie decyzji w sposób dowolny, tzn. wedle schematu: jeżeli można rozstrzygnąć na korzyść strony, lecz nie ma takiego obowiązku, to żądania nie uwzględnia się przy jednoczesnym braku wyczerpującego wyjaśnienia wszystkich przesłanek takiego działania.”

Na uznaniowy charakter decyzji organu rentowego wskazuje też orzecznictwo Sądu Najwyższego. Przyjmuje się, że decyzja, ma charakter uznaniowy, a więc organ rentowy nie ma dowolności w podejmowaniu decyzji, a przyznana kompetencja powinna być wykonywana według sprawdzalnych i sprawiedliwych kryteriów (por. uchw. SN z 8.1.2007

r., I UZP 6/06, OSNP 2007, Nr 13–14, poz. 197. oraz wyr. SA w Gdańsku z 13.2.2013 r., III AUA 1390/12, wyr. SA w Krakowie z 22.1.2013 r., III AUA 1024/12, wyr. SN z 7.11.2001 r., II UKN 577/00, Nr 15, poz. 361, wyr. SN z 8.8.2001 r., II UKN 518/00).

Co to jest zatem uzasadniony przypadek i jakie kryteria należy stosować celem sprawdzenia tej ogólnej przesłanki

Uzasadniony przypadek, czyli mający uzasadniony (słuszny) powód. Uzasadniony w kontekście wskazanego przepisu to zgodny z czymś, „oparty na obiektywnych racjach, podstawach, słuszny, usprawiedliwiony” (Słownik Języka polskiego pod red. Mieczysława Szymczaka. PWN, Warszawa 1995). Uzasadniony przypadek powinien uwzględniać całokształt okoliczności.

W orzecznictwie sądów administracyjnych i powszechnych, w odniesieniu do swobodnego uznania wskazuje się na potrzebę wyważenia interesu publicznego i prywatnego oraz celów określonych w ustawie, a także zasad słuszności i sprawiedliwości (zob. np. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 26 maja 2017 r. II OSK (...)). Takie kryteria, w ocenie Sądu Apelacyjnego, trzeba też uwzględnić, aby stwierdzić czy zachodzi uzasadniony przypadek, pozwalający na wyrażenie zgodny na opłacenie składki po terminie.

Dokonanie stosownej oceny wymaga odwołania się do okoliczności faktycznych.

Niewątpliwie po stronie ubezpieczonych istniała wola objęcia ubezpieczeniem. Chorobowym, świadczy o tym wniosek o objęcie tym ubezpieczeniem i opłacanie składek. Niewątpliwie też opłacenie składek w niewłaściwej wysokości nie było świadome, czy celowe. Opłacenie składek w niewłaściwej wysokości odnosi się tylko do jednego miesiąca.

Istotne znacznie ma przebieg ubezpieczenia M. K. (2). Była ona zgłoszona do ubezpieczenia przez M. K. (1) jako pracownik od 5 lutego 2014 r. do 19.04.2014 r. Zatrudnienie związane było z umową zawartą przez pracodawcę w sprawie organizowania i finansowania prac interwencyjnych. Wynagrodzenie określono na kwotę 1680 zł. Dnia 20.04.2014 r. M. K. (1) i M. K. (2) zawarli związek małżeński i od tej daty M. K. (2) została zgłoszona do ubezpieczeń jako współpracownik. Wyrejestrowano ją z ubezpieczeń 4.02.2015 r. Od 1.04.2015 r. M. K. (1) zgłosił ponownie żonę do ubezpieczeń społecznych w tytule współpracy, w tym do ubezpieczenia chorobowego. Za kwiecień i maj 2015 r. zadeklarował składkę w wysokości 9.897,50 zł, a w czerwcu 1319,67 zł a w lipcu 689,63 zł W momencie zgłoszenia do ubezpieczenia społecznego M. K. (2) była w ciąży.

W ocenie Sądu Apelacyjnego jakkolwiek, co do zasady, błąd polegający na opłaceniu zaniżonej składki nie powinien prowadzić od odmowy wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie, zwłaszcza kiedy bez zwłoki podjęto czynności zmierzające do opłacenia składki we właściwej wysokości, to w sytuacji kiedy działania podejmowane przez ubezpieczonego wskazują na jego biegłość w zakresie wykorzystywania instrumentów formalnoprawnych, zmierzających do uzyskania świadczeń nieproporcjonalnie wysokich do ryzyka ubezpieczeniowego, organ rentowy może postawić wyższe wymogi do oceny czy zachodzi usprawiedliwiony przypadek, zwłaszcza kiedy błąd wynika z błędnej oceny skutków prawnych działań podejmowanych w ramach tego ubezpieczenia.

Płatnik składek podjął na rzecz żony działania, które miały doprowadzić do wypłaty zasiłku macierzyńskiego w możliwie maksymalnej wysokości. Przerwa w ubezpieczeniu umożliwiła uzyskanie wysokich świadczeń z ubezpieczenia w sytuacji zgłoszenia wysokiej podstawy wymiaru po tej przerwie. Jak należy uznać działania te płatnik podjął w porozumieniu z żoną, skoro podjęła ona istotną współpracę z mężem płatnikiem przy prowadzeniu działalności gospodarczej. Takie działania jeżeli są podjęte w granicach prawa są uprawnione. Istotne jest przy tym, że działania, które nie zaburzają proporcjonalnej korelacji między wysokością składek, a wysokością świadczenia uznaje się za bardziej sprawiedliwe niż relacja odwrotna. Za niebudzące wątpliwości z punktu widzenia zasad słuszności uznać należy sytuację kiedy takiej korelacji nie osiąga się, lecz wynika to ze spełnienia się ryzyka ubezpieczeniowego, którego spełnienie się nie było pewne. W niniejszej sprawie spełnienie ryzyka ubezpieczeniowego było pewne.



Podjęcie działań takich jak realizowali odwołujący się jest dopuszczalne. Zapobiegliwość tego rodzaju nie może być jednak polecana z punktu widzenia sprawiedliwości systemu ubezpieczeń społecznych – zasady równego traktowania ubezpieczonych (art. 2a ust. 2 ustawy systemowej).

Sekwencja czynności podjętych przez ubezpieczonych wskazuje na często występującą, dopuszczalną ale instrumentalizację - wykorzystanie systemu ubezpieczenia poprzez złamanie powiązania składki z wysokością świadczenia, w sytuacji kiedy spełnienie się ryzyka ubezpieczeniowego było pewne. Podjęcie takich działań wymaga wyższego od przeciętnego poziomu świadomości prawnej. Skoro system prawa wykorzystuje się instrumentalnie, to w takiej sytuacji nie można odmówić organowi rentowemu, że postawi wyższe wymagania co do okoliczności, które uzasadniają wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie. Inaczej mówiąc znajomość prawa, która powoduje podjęcie szeregu działań celem uzyskania wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego; zarejestrowanie wyrejestrowanie, opłacenie bardzo wysokiej składki ze świadomością bliskiego spełnienia się ryzyka ubezpieczeniowego tworzy podwyższone wymagania w odniesieniu do znajomości przepisów prawa co do opłacenia składki w prawidłowej wysokości. Tak więc niewątpliwie nieopłacenie składek we właściwej wysokości nastąpiło przez błąd płatnika, czy też osób działających na jego rzecz (biura rachunkowego), a nie z powodu celowego zaniechania. Tym niemniej biorąc pod uwagę, że ustawa używa sformułowania, iż organ rentowy może wyrazić zgodę, w takich okolicznościach jak w niniejszej sprawie, organ rentowy uprawniony był, m. in. z uwagi na interes ogółu ubezpieczonych, odmówić wyrażenia zgody. W ocenie Sądu Apelacyjnego w takie rozumowanie wpisuje się stwierdzenie, że „ocena zachowania osoby prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą, w kontekście przyczyn opóźnienia w zapłacie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, powinna być dokonana z uwzględnieniem zawodowego i profesjonalnego miernika staranności” (wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych z dnia 13 kwietnia 2017 r. I UK 144/16).

W konsekwencji skutki podjętych działań przez płatnika dotyczą obojga ubezpieczonych.

W ocenie Sądu Apelacyjnego jeżeli po rozważeniu powyższych kryteriów okoliczności przemawiające za przywróceniu terminu równoważą się z okolicznościami przeciwko przywróceniu, należy pozostawić swobodę organowi rentowemu, jako instytucji dbającej o dysponowanie środkami finansowymi funduszy ubezpieczeń społecznych (art. 68 ust. 1 pkt 3 ustawy systemowej).

W tym kontekście nie jest zasadny zarzut naruszenia art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej

Nie ma można też uznać, że doszło do naruszenia 365 i 366 k.p.c. Przedmiotem rozpoznania sądu w sprawie z zakresu ubezpieczenia społecznego jest decyzja organu rentowego. Odwołanie od decyzji z nr (...) z 16.12.2016 r. nie było rozpoznawane. Obie decyzje (także ta z 20.07.2015 r.), dotyczą kwestii ubezpieczenia społecznego. Z tym, że decyzja poprzednia odnosi się ubezpieczenia od 1.04.2015 r., a decyzja zaskarżona dotyczy ustania ubezpieczenia od 1.06.2015 r. Nadto przyczyna stwierdzenia niepodlegania ubezpieczeniom w zaskarżonej decyzji jest inna niż w decyzji z 20.07.2015 r.

W tym stanie rzeczy apelacje podlegały oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

O kosztach orzeczono na podstawie art. 98 § 1 k.p.c w związku z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U.2015.1804 ze zm.).

Alicja Sołowińska Sławomir Bagiński Marek Szymanowski