

Sygn. akt III U 460/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 listopada 2018r.

Sąd Okręgowy w Suwałkach III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	<i>SSO Danuta Poniatowska</i>
Protokolant:	<i>stażysta Sylwia Zarzecka Balcer</i>

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 21 listopada 2018r. w Suwałkach

sprawy **A. P.**

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O.

o ustalenie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu

w związku z odwołaniem A. P.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O.

z dnia 20 lipca 2018 r. znak (...)

Zmienia zaskarżoną decyzję i stwierdza, że A. P.jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od 1 sierpnia 2017 roku.

Sygn. akt III U 460/18

UZASADNIENIE

Decyzją z 20 lipca 2018 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O. 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. P.jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od 16.08.2013 r. do 27.01.2016 r., od 1.02.2017 r. do 2.02.2017 r. i od 1.04.2017 r. do 31.07.2017 r.

W uzasadnieniu decyzji wskazano, że A. P., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, jest zgłoszona do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Analiza dokumentów rozliczeniowych, znajdujących się w systemie organu rentowego, wykazała, że składka za 08/2017r. została opłacona w terminie, lecz w niewłaściwej wysokości, dopłata dokonana po terminie. Wniosek A. P.o wyrażenie zgody na opłacenie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie został załatwiony negatywnie. W związku z tym A. P.od 1.08.2017 r. nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Odwołanie od tej decyzji złożyła A. P. domagając się ustalenia, że od 1.08.2017 r. podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Wskazała w nim, iż w ramach prowadzonej działalności gospodarczej podlegała ubezpieczeniu chorobowemu i 7.08.2017 r. lekarz prowadzący wystawił jej zwolnienie lekarskie, które zostało przedłużone do chwili porodu jej drugiego dziecka tj. do 14 listopada 2017 r. Z uwagi na fakt, iż 27.10.2017 r. zostało jej wypłacone zwolnienie chorobowe za okres niezdolności do pracy, 31.10.2017 r. dokonana została korekta składek ZUS za sierpień oraz wrzesień 2017 r. - po upewnieniu się, iż jest to możliwe - w placówce ZUS (...). Następnie trzykrotnie zostało wypłacone świadczenie chorobowe - odpowiednio 3.11.2017 r., 8.11.2017 r. oraz 24.11.2017 r. Wobec złożonej korekty za miesiące sierpień i wrzesień, pismem z 22 listopada 2017 r. zwróciła się o zwrot nadpłaconych składek. W odpowiedzi na to pismo organ rentowy wezwał do złożenia korekty dokumentów ZUS DRA za sierpień 2017 r. Korekta została złożona 8.12.2017 r. i zwrócone przez ZUS 7.12.2017 r. składki zostały 8.12.2017 r. przelane ponownie na konto. ZUS wskazał, że składka za 08/2017 r. została opłacona w terminie lecz w niewłaściwej wysokości, dopłata zaś dokonana po terminie. Organ rentowy nie uwzględnił wniosku o przywrócenie terminu i wskazał, że zaniżona została podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne za 9,10,11/2017 r.

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O. wniósł o jego oddalenie. Wskazał ponownie, iż ubezpieczona składkę za 08/2017 r. opłaciła w terminie, jednakże w niewłaściwej kwocie. Dopłaty dokonała po terminie. W dniu 2.11.2017 r. złożyła błędne korekty rozliczeniowe za 08/2017 r. Prawidłowe korekty dokumentów rozliczeniowych za 08/2017 r. złożyła 8.12.2017 r. Dodatkowo, została zaniżona podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne za 09/2017 r., 10/2017 r., i 11/2017 r.

Sąd ustalił, co następuje:

A. P. prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą – Salon (...) w E., która jest dla niej tytułem do objęcia dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym.

W 2017 r. A. P. przystąpiła do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w okresach od 1.02.2017 r. do 2.02.2017 r. oraz od 1.04.2017 r., wskazując podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe w wysokości 5.000,00 zł. Ubezpieczona w okresie od 7.08.2017 r. do 13.11.2017 r. pozostawała niezdolna do pracy w związku z ciążą i za ten okres otrzymała zasiłek chorobowy w kwocie 9.602,01 zł. W dniu 14.11.2017 r. A. P. urodziła dziecko.

Na początku listopada 2017 r. księgowa A. P. – A. B. zgłosiła się do Inspektoratu ZUS w E., gdzie na sali obsługi klienta poprosiła pracownika ZUS o interpretację, czy może dokonać korekty podstawy wymiaru składki A. P. za miesiąc sierpień 2017 r. informując, iż podstawa była wyższa niż minimalna, a ubezpieczona przebywała w sierpniu na zwolnieniu lekarskim niepełny miesiąc. Podczas tej rozmowy pracownica ZUS o imieniu (...) poinformowała ustnie A. B., że jeżeli ZUS wypłaci zasiłek chorobowy, to jest podstawa do złożenia korekty i obniżenia podstawy wymiaru składek za miesiąc sierpień 2017 r. Wobec uzyskanej informacji, A. P. 2.11.2017 r. sporządziła korektę deklaracji, wskazując podstawę wymiaru składek w kwocie 967,74 zł., a 22.11.2017 r. wystąpiła do ZUS z wnioskiem o zwrot nadpłaty składek na ubezpieczenia społeczne za miesiące sierpień i wrzesień 2017r.

Pismem z 29.11.2017 r. K. S. – (...)w inspektoracie ZUS w E., poinformowała A. P., iż zasada zmniejszenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne ma zastosowanie wyłącznie w przypadku pierwszorazowego zadeklarowania podstawy wymiaru składek w najniższej obowiązującej płatnika wysokości i zobowiązała A. P. do złożenia korekty dokumentu rozliczeniowego przywracającego podstawę wymiaru składek z zadeklarowaną pierwotnie podstawą wymiaru w kwocie 5.000,00 zł. W dniu 5.12.2017 r. A. P. poinformowała swoją księgową o treści tego pisma i 7.12.2017 r. księgowa odwołującej – A. B. rozmawiała telefonicznie w tej sprawie z pracownicą ZUS K. S.. Pracownica ZUS obiecała przeanalizować akta ubezpieczonyj i oddzwonić. K. S. zadzwoniła do A. B. 8 grudnia 2017 r., informując, że należy sporządzić korektę deklaracji i przywrócić wyższą podstawę wymiaru składek oraz, że ZUS nie zwróci nadpłaconych składek za sierpień. W tym samym dniu A. P. poinformowała swoją księgową, iż właśnie otrzymała zwrot nadpłaconej składki. W dniu 8.12.2017 r. A. P. złożyła w ZUS poprawioną deklarację rozliczeniową,

wskazując ponownie podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe w kwocie 5.000,00 zł. Wówczas A. B. zadzwoniła do pracownicy ZUS Inspektorat w E. o nazwisku (...), informując, że nastąpił zwrot nadpłaconej składki i pytając o sposób przelania niezasadnie zwróconych składek. Uzyskała informację, że należy zwrócić pieniądze na to samo konto w ZUS, z którego je przelano i A. P. dostosowała się do tego zalecenia. Okazało się jednak, iż pieniądze nie wpłynęły na właściwe konto w ZUS-ie, ponieważ było to niewłaściwe konto do zwrotu składki. Po interwencji ubezpieczonej, przeksięgowano zwrócone przez A. P. składki na właściwe konto.

Po tych czynnościach, 8 stycznia 2018 r. A. P. wystąpiła z wnioskiem o wyrażenie zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za sierpień 2017 r. po terminie, wskazując, iż wskutek braku przepływu informacji pomiędzy referatami inspektoratu ZUS w E. doszło do niezasadnego przelania składek na ubezpieczenie społeczne, które A. P. zwróciła po stwierdzeniu niezgodności.

Pismem z 24.01.2018 r. organ rentowy poinformował wnioskodawczynię, iż nie została wyrażona zgoda na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za sierpień 2017 r., wskazując, iż nie wystąpiły żadne szczególnie okoliczności, które przemawiałyby za pozytywnym rozpatrzeniem wniosku.

Pierwotną składkę za sierpień 2017r. od podwyższonej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe A. P. uiściła we właściwej wysokości i w terminie.

W dniu 18.12.2017 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydał A. P. zaświadczenie, iż nie zalega w opłacaniu składek z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej.

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 pełniej wysokości, lecz po terminie (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w (...) z 23 kwietnia 2013 r., III AUa 1067/12).

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.

Z uwagi na cel i funkcje świadczeń z ubezpieczenia społecznego prawo musi przewidywać (i przewiduje) okoliczności sanujące uchybienia płatnika składek. W tym celu ustawa systemowa posługuje się konstrukcją „wyrażenia przez organ rentowy zgody na opłacenie składki po terminie”. W ten sposób może dojść do kontynuowania ubezpieczenia chorobowego, mimo opłacenia składki po terminie.

Zgodnie z treścią art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1368 ze zm.), zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego. Z chwilą nabycia prawa do zasiłku macierzyńskiego dobrowolne ubezpieczenie chorobowe osoby prowadzącej pozarolniczą działalność ustaje i nie istnieje możliwość przystąpienia do tego ubezpieczenia ani z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego, ani z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności, ponieważ takiego uprawnienia nie przewiduje art. 11 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Przystąpienie do ubezpieczenia chorobowego staje się możliwe po wyczerpaniu zasiłku macierzyńskiego, w związku z przekształceniem się dobrowolnego ubezpieczenia emerytalnego i rentowego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności w ubezpieczenie obowiązkowe. W ten sposób wynikająca wprost z przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych obowiązkowa przerwa w ubezpieczeniu chorobowym osoby prowadzącej pozarolniczą działalność, która nabyła prawo do zasiłku macierzyńskiego, jest równa co najmniej okresowi pobierania tego zasiłku i ulega dalszemu wydłużeniu po wprowadzeniu urlopów rodzicielskich (por. uzasadnienie wyroku SN z 7.12.2016 r. II UK 478/15)

Podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, w myśl art. 20 ust. 1 ustawy systemowej, określa zawsze podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i ubezpieczenia rentowe, jedynie z ograniczeniem wynikającym z art. 20 ust. 3 ustawy. Analiza art. 18 ustawy systemowej prowadzi do jednoznacznego wniosku, że podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne osób prowadzących pozarolniczą działalność została określona inaczej niż w przypadku ubezpieczonych, co do których podstawę tę odniesiono do przychodu w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych lub kwoty uposażenia, wynagrodzenia bądź innego rodzaju świadczenia. Łączy się to ze specyfiką działalności prowadzonej na własny rachunek i trudnościami przy określaniu przychodu z tej działalności. Z tych względów określenie wysokości podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne ustawodawca pozostawił osobom prowadzącym pozarolniczą działalność, stanowiąc w art. 18 ust. 8 ustawy, że podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe ubezpieczonych, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 5, stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 60 % prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek, ogłoszonego w trybie art. 19 ust. 10 na dany rok kalendarzowy. Składka w nowej wysokości obowiązuje od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia danego roku. W konsekwencji w przypadku tych ubezpieczonych obowiązek opłacania składek na ubezpieczenia społeczne i ich wysokość nie są powiązane z osiągniętym faktycznie przychodem, lecz wyłącznie z istnieniem tytułu ubezpieczenia i zadeklarowaną przez ubezpieczonego kwotą, niezależnie od tego, czy ubezpieczony osiąga przychody i w jakiej wysokości. W odniesieniu do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego tych osób ustawodawca zastrzegł jedynie górną kwotę graniczną podstawy wymiaru składek w wysokości 250 % przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale. Inaczej rzecz ujmując, wysokość podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe osób prowadzących działalność pozarolniczą w przedziale od 60 % do 250 % przeciętnego wynagrodzenia zależy wyłącznie od deklaracji ubezpieczonego, nie mając żadnego odniesienia do osiąganego przez te osoby przychodu. Jednocześnie art. 18 ust. 9 ustawy systemowej stanowi, że za miesiąc, w którym nastąpiło odpowiednio objęcie ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi lub ich ustanie i jeżeli trwały one tylko przez część miesiąca, kwotę najniższej podstawy wymiaru składek zmniejsza się proporcjonalnie, dzieląc ją przez liczbę dni kalendarzowych tego miesiąca i mnożąc przez liczbę dni podlegania ubezpieczeniu. Zgodnie z art. 18 ust. 10 ustawy zasady zmniejszania najniższej podstawy wymiaru składek, o których mowa w ust. 9, stosuje się odpowiednio w przypadku niezdolności do pracy trwającej przez część miesiąca, jeżeli z tego tytułu ubezpieczony spełnia warunki do przyznania zasiłku.

Wykładnia językowa art. 18 ust. 9 i 10 ustawy systemowej wskazuje na możliwość proporcjonalnego zmniejszenia podstawy wymiaru składki w miesiącu, w którym nastąpiło objęcie ubezpieczeniami albo ich ustanie, bądź w przypadku niezdolności do pracy trwającej przez część miesiąca wyłącznie w stosunku do ubezpieczonych, którzy zadeklarowali najniższą podstawę wymiaru składki na ubezpieczenia społeczne z tytułu prowadzonej działalności pozarolniczej. Art. 18 ust. 9 ustawy systemowej przewidując możliwość proporcjonalnego zmniejszenia podstawy wymiaru za miesiąc, w którym nastąpiło odpowiednio objęcie ubezpieczeniami emerytalnymi i rentowymi lub ich ustanie i jeżeli trwały one tylko przez część miesiąca - stanowi, że „kwotę najniższej podstawy wymiaru składek zmniejsza się proporcjonalnie (...)”. Oznacza to, że ustawodawca wyraźnie ograniczył możliwość korzystania z proporcjonalnego pomniejszenia podstawy wymiaru składki tylko do ubezpieczonych, którzy zadeklarowali najniższą podstawę wymiaru składki (por. wyrok SN z 15.11.2017 r. II UK 528/16, wyrok SN z 20.09.2017r. I UK 341/16).

Niewątpliwie w świetle przywołanych przepisów ustawy systemowej oraz orzeczeń Sądu Najwyższego, korekta deklaracji rozliczeniowej za sierpień 2017 r., w sytuacji, gdy A. P. zadeklarowała wyższą podstawę wymiaru składki, była nieuzasadniona. Skutków tej czynności odwoływającej, nie można jednak, w ocenie Sądu, interpretować na niekorzyść ubezpieczonej.

Z ustaleń faktycznych wynika, że korekta deklaracji rozliczeniowej, dokonana 2.11.2017 r. nastąpiła wskutek błędnej informacji pracownika ZUS. Pracownik ten utwierdził księgową A. P. w przekonaniu, iż może ona dokonać deklaracji korygującej, proporcjonalnie zmniejszając podstawę wymiaru składek za część miesiąca, w którym pozostawała ona niezdolna do pracy i otrzymała zasiłek chorobowy.

Wnioski takie jednoznacznie wynikają z treści zeznań A. B. złożonych na rozprawie 21.11.2018 r. (k. 96 odw.-97). Zeznania te Sąd obdarzył pełną wiarą, nie znajdując okoliczności, osłabiających wiarygodność tej relacji. Na wniosek organu rentowego, Sąd przesłuchał również w charakterze świadków pracownicy organu rentowego, które zajmowały się przedmiotową sprawą w ramach swoich obowiązków. Świadczyli: K. M., K. S. i J. K. nie kojarzyły jednak odwoływającej, ani księgowej A. B. w związku z niniejszą sprawą (zeznania k. 97-98). K. M., pracująca na sali obsługi klienta, która miała udzielić błędnego pouczenia o możliwości korekty składek, kategorycznie zaprzeczyła, by mogła udzielić błędnej informacji. Jednak wskazała na ogromną ilość klientów, których musi obsługiwać i nie pamiętała sytuacji, w której udzielała A. B. pouczenia.

W ocenie Sądu, nie można wykluczyć błędnego pouczenia. Może to wynikać choćby z braku dopytania o szczegóły, w tym jaka jest wysokość zadeklarowanej podstawy wymiaru składek, bądź nawarstwienia informacji w danym momencie i nie zwrócenia należytej uwagi na szczególną sytuację ubezpieczonych, którzy zadeklarowali podstawę wymiaru składek wyższą niż najniższa. Właściwe rozumienie art. 18 ust. 9 ustawy systemowej nasuwało wątpliwości nie tylko praktyków, ale również prawników, powodując, że interpretacją tego przepisu musiał zająć się Sąd Najwyższy. Odminną interpretację tego przepisu przeprowadził też na przykład Sąd Apelacyjny w Lublinie w wyroku z 22.06.2017 r. sygn. III AUa 1375/16, uznając, że nie można pozbawić prawa proporcjonalnego zmniejszenia podstawy wymiaru składek ubezpieczonych, którzy zadeklarowali wyższą od minimalnej podstawę wymiaru składek. Pozostałe okoliczności dotyczące korekty deklaracji i zwrotu składek były w zasadzie niesporne.

W ocenie Sądu, czynności organu rentowego w sprawie cechował brak konsekwencji w działaniach poszczególnych komórek organizacyjnych Inspektoratu w E.. Skoro bowiem już 29.11.2017 r. organ rentowy informował odwoływającą, iż korekta deklaracji była nieprawidłowa (pismo inspektora ZUS K. S. z 29.11.2017 r.), a następnie w rozmowie telefonicznej przeprowadzonej 8.12.2017 r. inspektor K. S. informowała księgową odwoływającą, iż nadpłacone składki nie zostaną zwrócone, a mimo to składki te zwrócił, nie może obecnie obciążać A. P. konsekwencjami ustaleń, iż finalnie nie opłaciła ona składki za miesiąc sierpień w terminie. Tym bardziej, iż na sugestię J. K., A. P. natychmiast zwróciła przelane jej składki, jak się okazuje na niewłaściwe konto w ZUS.

Ponadto świadek K. S. wskazała, iż organ rentowy z urzędu kontroluje prawidłowość korekt (zeznania k. 97 odw.), a więc nie powinien dopuścić do korekty deklaracji i proporcjonalnego pomniejszenia podstawy wymiaru składki na

ubezpieczenie chorobowe, w sytuacji, gdy przepis art. 18 ust. 9 ustawy systemowej na to nie pozwalał. Gdyby korekta dokonana przez ubezpieczoną nie została przyjęta, jako nieprawidłowa, składki opłacone byłyby w należytej wysokości.

Zgodnie z art. 9 k.p.a. w zw. z art. 180 k.p.a., organy administracji publicznej są obowiązane do należytego i wyczerpującego informowania stron o okolicznościach faktycznych i prawnych, które mogą mieć wpływ na ustalenie ich praw i obowiązków będących przedmiotem postępowania administracyjnego. Organy czuwają nad tym, aby strony i inne osoby uczestniczące w postępowaniu nie poniosły szkody z powodu niezajomości prawa, i w tym celu udzielają im niezbędnych wyjaśnień i wskazówek.

Istotne jest zatem właściwe wykonanie przez organ wynikającego z art. 9 k.p.a. obowiązku należytego i wyczerpującego informowania stron o okolicznościach faktycznych i prawnych, które mogą mieć wpływ na ustalenie ich praw i obowiązków będących przedmiotem postępowania, a skutki błędnego lub nienależytego poinformowania strony nie mogą jej w żaden sposób obciążać (por. wyrok WSA w Lublinie z 20.02.2009 r. (...) SA/Lu 623/08).

Organ rentowy niezasadnie zatem obciążył ubezpieczoną konsekwencjami błędnych pouczeń – tak co do możliwości dokonania pierwszej korekty deklaracji za sierpień 2017 r., jak też co do numeru konta, na które ubezpieczona powinna zwrócić przelane jej składki. Konsekwencje takich błędnych pouczeń nie mogą, w ocenie Sądu, obciążać odwołującej. W ocenie Sądu, są to wystarczające okoliczności do wyrażenia przez organ rentowy zgody na opłacenie składek po terminie.

Zgodnie z art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, ubezpieczenie chorobowe, ustaje od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie, ale w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, z zastrzeżeniem ust. 2a.

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 owej zgody. Przyznana kompetencja winna być wykonywana według sprawdzalnych, sprawiedliwych kryteriów. Zakład Ubezpieczeń Społecznych wyposażony w uprawnienie wyrażania zgody na opłacenie składki po terminie winien ujawnić, jakimi przesłankami kierował się odmawiając jej, a jego decyzja podlega merytorycznej ocenie sądu. W doktrynie prawa administracyjnego przyjmuje się, że uznaniowość decyzji nie oznacza dowolności w ich podejmowaniu. Użyte w przepisie art. 14 ust. 2 pkt 2 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. W tym drugim przypadku, w razie poddania decyzji kontroli sądowej, badanie obejmuje wszystkie okoliczności, także te, które stanowiły przesłanki zaskarżonego rozstrzygnięcia. I chociaż zgodnie z art. 77 § 1 k.p.a. organ rentowy, rozpoznając wniosek płatnika o wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie, powinien przed wydaniem decyzji w tym przedmiocie w sposób wyczerpujący zebrać i rozpatrzyć cały materiał dowodowy oraz wyjaśnić wszystkie okoliczności sprawy, to sąd ubezpieczeń społecznych w ramach kontroli zapadłej decyzji nie jest związany tymi ustaleniami i dokonuje samodzielnych ustaleń w zakresie stanu faktycznego oraz ocenia zasadność złożonego wniosku (por. uzasadnienie wyroku Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z 26.04.2016r. III AUa 2058/15).

Przepis art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych nie powinien być traktowany z nadmiernym rygoryzmem, w tym znaczeniu że niejako automatycznie prowadzi do wyłączenia z ubezpieczenia, bez względu na okoliczności (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 22.07.2015 r., III AUa 387/15). Trzeba zatem wziąć pod uwagę te szczególne wypadki, gdy z przyczyn niezależnych w danym miesiącu uiszczenie składki nie następuje. Jest to tym bardziej uzasadnione, gdy niedopatrzenie to zostaje naprawione, nie ma ono charakteru działania specjalnego, mającego niejako „oszukać” system ubezpieczeń społecznych.

W tym kontekście Sąd wskazuje, iż A. P. została wprowadzona w błąd przez pracowników organu rentowego dwukrotnie - co do zasadności złożenia korekty deklaracji rozliczeniowej i przyjęcia błędnej korekty oraz co do numeru konta, na które powinna zwrócić niezasadnie przelane jej nadpłacone składki. Podkreślić należy, iż A. P. reagowała

na zwracane jej uwagi niemal natychmiast, składając kolejną korektę deklaracji rozliczeniowej i zwracając przelane jej przez ZUS nadpłacone składki.

Przyczyna niezachowania przez ubezpieczoną terminu opłacenia składki jest tak doniosła, że fakt wcześniejszych uchybień w terminowym opłacaniu składek nie stanowi dostatecznej podstawy wydania decyzji odmownej.

Konsekwencje nieuwzględnienia wniosku A. P. o wyrażenie zgody na zapłatę składki po terminie są zaś dla odwołującej szczególnie dotkliwe, gdyż oznaczają ustanie stosunku dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego oraz utratę prawa do zasiłku chorobowego i macierzyńskiego.

Mając na uwadze powyższe, na zasadzie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c., Sąd orzekł, jak w sentencji wyroku.