

Sygn. akt III AUa 1701/19

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 listopada 2020 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku - III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Iwona Krzeczowska - Lasoń
Sędziowie:	SA Lucyna Ramlo SO de. Beata Golba – Kilian

po rozpoznaniu w dniu 18 listopada 2020 r. w Gdańsku na posiedzeniu niejawnym

sprawy D. S.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T.

o dobrowolne ubezpieczenie chorobowe

na skutek apelacji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T.

od wyroku Sądu Okręgowego w Toruniu z dnia 22 października 2019 r., sygn. akt IV U 738/19

oddala apelację.

SSA Lucyna Ramlo SSA Iwona Krzeczowska - Lasoń SSO de. Beata Golba – Kilian

Sygn. akt III AUa 1701/19

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T. decyzją z 19 kwietnia 2019 r. nr (...), stwierdził, że D. S. nie podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 1 lipca 2017 r. do 31 lipca 2017 r.

Ubezpieczona odwołała się od tej decyzji wnosząc o jej ponowne rozpatrzenie.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie podtrzymując dotychczasowe stanowisko w sprawie.

Sąd Okręgowy w Toruniu wyrokiem z 22 października 2019 r. zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że ustalił, iż ubezpieczona D. S. podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 1 lipca 2017 r. do 31 lipca 2017 r.

W sprawie ustalono, że w 2017 r. ubezpieczona D. S. prowadziła pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której podlegała obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu. Składkami i deklaracjami ZUS-owskimi zajmował się jej mąż H. S., a także jej córka. Składki na ubezpieczenia społeczne za poszczególne

miesiące były przez nich opłacane do 10-ego dnia następnego miesiąca. Za okres od stycznia do kwietnia 2017 r. ubezpieczona – w ramach składek na ubezpieczenia społeczne – opłacała wyłącznie składki na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i wypadkowe w łącznej kwocie 749,94 zł. Począwszy od maja 2017 r. ubezpieczona – która zgłosiła się w międzyczasie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego – oprócz składek na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne, zaczęła opłacać także składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w wysokości 62,67 zł. Składkę na ubezpieczenia społeczne za maj 2017 r. (w łącznej kwocie 812,61 złotych) ubezpieczona przełała z rachunku bankowego w banku (...) na rachunek bankowy ZUS 6 czerwca 2017 r. W dokumencie płatniczym w rubryce „Typ wpłaty” ubezpieczona wpisała „S”, w rubryce „nr deklaracji” = „01”, zaś w rubryce „Deklaracja” – „052017”. Jednocześnie, ubezpieczona sporządziła 10 lipca 2017 r. deklarację rozliczeniową za miesiąc maj, oznaczając w identyfikatorze deklaracji jako „2/05/2017”, w której wskazała, że kwota należnych składek na 4 rodzaje ubezpieczeń społecznych wyniosła 812,61 zł. 5 lipca 2017 r. ubezpieczona przełała składki na ubezpieczenia społeczne za czerwiec 2017 r. w kwocie 812,61 zł. W dokumencie płatniczym w identyczny sposób (jak miesiąc wcześniej) wypełniono rubryki „Typ wpłaty” i „nr deklaracji”; w rubryce „Deklaracja” odnotowano „062017”. W deklaracji rozliczeniowej za czerwiec, wypełnionej 20 lipca 2017 r., kwota należnych składek z tytułu wszystkich rodzajów ubezpieczeń społecznych wyniosła 812,61 zł. Obie deklaracje rozliczeniowe (za maj i czerwiec 2017 r.) zostały przekazane do organu rentowego. 1 sierpnia 2017 r. ubezpieczona dokonała przelewu składek na ubezpieczenia społeczne (w tym chorobowe) w kwocie 812,61 zł, z rachunku bankowego w (...) SA na rachunek bankowy ZUS. W dokumencie płatniczym w rubryce „typ wpłaty” wpisano „S-składka za 1 miesiąc”, w rubryce „deklaracja” – „062017”, natomiast w rubryce „numer deklaracji” – „01”. Jednocześnie, 10 sierpnia 2017 r. ubezpieczona wypełniła deklarację rozliczeniową o identyfikatorze „1/07/2017”, przesłaną następnie do ZUS. W deklaracji tej należne składki za lipiec 2017 r. na wszystkie rodzaje ubezpieczeń społecznych, oznaczono na łączną kwotę 812,61 zł. Przelewu składek 1 sierpnia 2017 r. dokonała córka ubezpieczonej. Zamierzała opłacić składki za lipiec 2017 r. Przed dokonaniem przelewu zapytała H. S., jaką kwotę ma przelać, a ten jej odpowiedział, że w takiej samej wysokości jak składka za poprzedni miesiąc. Córka ubezpieczonej skopiowała dane poprzedniego przelewu, co było powodem, że w rubryce „deklaracja” przelewu zostało wskazane „06” jako miesiąc, za który uiszczono składki, a nie „07” - jak powinno zostać oznaczone zgodnie z rzeczywistym zamiarem wpłacającej. Składki na ubezpieczenia społeczne za sierpień 2017 r. ubezpieczona opłaciła przelewem 7 września 2017 r.; w dokumencie płatniczym w rubryce „deklaracja” odnotowano „082017”. W deklaracji rozliczeniowej wypełnionej 10 września 2017 r. (oznaczonej „1/08/2017”) wskazano, że składki należne na 4 rodzaje ubezpieczeń społecznych wyniosły 812,61 zł. Wpłaty dokonanej 1 sierpnia 2017 r. organ rentowy nie uznał za opłatę z tytułu składek za lipiec 2017 r., ale jako nadpłatę, która została zarachowana na poczet zaległych składek na ubezpieczenia społeczne (za okres od grudnia 2015 r. do marca 2016 r.) oraz odsetek. Ponadto 4 stycznia 2018 r. organ rentowy sporządził korektę deklaracji rozliczeniowej za lipiec 2017 r., wskazując, że za ten miesiąc ubezpieczona winna uiścić wyłącznie składki na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i wypadkowe, w łącznej kwocie 749,94 zł. 13 września 2017 r. do organu rentowego wpłynęło zaświadczenie płatnika składek z załączonym zwolnieniem lekarskim ubezpieczonej (za okres 8-15 września 2017 r.). Kolejne zwolnienie (za okres 16-24 września 2017 r.) zostało złożone w (...) oddziale ZUS 24 września 2017 r. W potwierdzeniu o dobrowolnym ubezpieczeniu chorobowym organ rentowy odnotował, że ubezpieczona podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 1 sierpnia 2017 r., poprzedni okres ubezpieczenia chorobowego trwał od 1 maja 2017 r. do 30 czerwca 2017 r., natomiast za lipiec 2017 r. nie dokonano wpłaty na ubezpieczenie chorobowe.

Decyzją z 19 października 2017 r. organ rentowy – na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 2 i ust. 2, ust 3 pkt 1 i 2 ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa – odmówił ubezpieczonej prawa do zasiłku chorobowego za okres od 8 września 2017 r. do 24 września 2017 r. W uzasadnieniu decyzji, oprócz przytoczenia treści powołanych przepisów, wskazano, że z konta ubezpieczonego wynika, że D. S. podlega ubezpieczeniu chorobowemu po przerwie dłuższej niż 30 dni, czyli od 1 sierpnia 2017 r.. Przed zachorowaniem 8 września 2017 r. nie miała 90-dniowego okresu ubezpieczenia chorobowego. Ponieważ nie przedstawiła żadnych dodatkowych dokumentów, które uprawniają do zasiłku chorobowego od pierwszego dnia ubezpieczenia, czyli bez okresu wyczekiwania, dlatego nie ma prawa do zasiłku chorobowego za okres od 8 września 2017 r. do 24 września 2017 r.

Po uzyskaniu wymienionej decyzji mąż ubezpieczonej H. S. udał się do ZUS, aby wyjaśnić sytuację. Kierując się informacją uzyskaną wówczas od pracownika organu rentowego, ubezpieczona złożyła 31 października 2017 r. wnioski o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, wskazując lipiec 2017 r., jako okres, którego dotyczy wnioski. W treści wniosku ubezpieczona wskazała, że od maja 2017 r. dokonała zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, od tego miesiąca opłaca regularnie składkę na ubezpieczenia emerytalno-rentowe, zdrowotne, składka za lipiec została opłacona w dniu 1 sierpnia 2017 r. z konta bankowego przelewem internetowym. Wyjaśniła, że wówczas pomyłkowo w dyspozycji przelewu podano po raz drugi okres, za który jest wnoszona opłata, jako czerwiec 2017 r., co spowodowało brak spłaty składki za lipiec 2017 r. W odpowiedzi ubezpieczona otrzymała pismo z 13 listopada 2017 r. z informacją o tym, że ZUS nie wyraził zgody na opłacenie składek po terminie, z uwagi na stwierdzoną niedopłatę na dzień datowania pisma.

Ubezpieczona złożyła odwołanie od decyzji z 19 października 2019 r., odmawiającej jej prawa do zasiłku chorobowego. Na rozprawie 6 lutego 2018 r. w sprawie toczącej się przed Sądem Rejonowym w Toruniu (sygn. akt IV U 485/17) ubezpieczona oświadczyła, że odwołuje się także w przedmiocie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w lipcu 2017 r. Postanowieniem z 6 lutego 2018 r. Sąd Rejonowy w Toruniu wyłączył sprawę w części dotyczącej odwołania od decyzji ZUS oddział w T. w przedmiocie podlegania przez wnioskodawczynię dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 1 lipca 2017 r. do 31 lipca 2017 r. i w tej części sprawę przekazał do rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Toruniu. Organ rentowy wniósł o umorzenie postępowania z uwagi na niewydanie decyzji w przedmiocie przebiegu ubezpieczenia chorobowego.

Wyrokiem z dnia 11 czerwca 2018 r., w sprawie o sygn. akt IV U 202/18, Sąd Okręgowy w Toruniu uwzględnił odwołanie ubezpieczonej, ustalając, że D. S. podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w lipcu 2017 r. Na skutek apelacji organu rentowego Sąd Apelacyjny w Gdańsku uchylił wyrok w sprawie IV U 202/18 i umorzył postępowanie, wskazując na brak podstawy zaskarżenia, w postaci decyzji organu rentowego w przedmiocie niepodlegania przez ubezpieczoną dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w spornym okresie.

22 marca 2019 r. ubezpieczona złożyła wnioski o wydanie decyzji w przedmiocie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu za lipiec 2017 r., a 19 kwietnia 2019 r. organ rentowy wydał zaskarżoną decyzję.

Sąd Okręgowy – uznając zasadność odwołania – stwierdził, że między innymi przedmiotem sporu w niniejszej sprawie była kwestia opłacenia przez ubezpieczoną składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za lipiec 2017 r. W ocenie Sądu, tak samo, jak zostało przyjęte w sprawie IV U 202/18 tut. Sądu, rzeczywista wola ubezpieczonej opłacenia w dniu 1 sierpnia 2017 r. składki na ubezpieczenia społeczne (w tym chorobowe) za lipiec 2017 r. wydaje się oczywista i nie budzi żadnych wątpliwości. Świadczy o tym data zapłaty składki 1 sierpnia 2017 r. (tj. w terminie wynikającym z art. 47 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, jednolity tekst: Dz.U. z 2017 r., poz. 1778 ze zm.; dalej: „ustawa systemowa” lub „ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych”), treść dokumentu płatniczego (w którym odnotowano, że wpłata ta stanowi składkę za 1 miesiąc), jak też wysokość wpłaty (identyczna jak kwoty składek płacone przed i po tym miesiącu). O charakterze wpłaty świadczyła także treść sporządzonej kilka dni później (w dniu 10 sierpnia 2017 r.), a więc w tym samym okresie, deklaracji rozliczeniowej za miesiąc lipiec, pozostającej przecież w ścisłej korelacji z dokonaną w tym czasie wpłatą. Z deklaracji tej (stanowiącej podstawowy dokument rozliczający składki za dany miesiąc – art. 46 ust. 2 i 4 pkt 3 ustawy) wyraźnie wynikało, że ubezpieczona – poprzez zapłatę 1 sierpnia 2017 r. kwoty 812,61 zł – dążyła do uregulowania należności z tytułu składki za lipiec 2017 r. Sporządzenie tym samym deklaracji o takiej treści i przelanie w sierpniu 2017 r. tylko tej jednej kwoty na poczet składek na ubezpieczenia społeczne – tj. dokonanie czynności powiązanych ze sobą funkcjonalnie i temporalnie (na taki związek wskazuje art. 46 ust. 1 i 2 oraz art. 47 ust. 1 ustawy), a także tożsamy w zakresie wysokości zapłaconych i deklarowanych kwot – wyraźnie wskazuje na faktyczną wolę ubezpieczonej. Determinuje także znaczenie, jakie trzeba nadać określeniu umieszczonemu na dokumencie płatniczym w rubryce „Deklaracje”. Adnotację „06.2017” trzeba zatem uważać wyłącznie za oczywistą omyłkę, a nie za wpis odzwierciedlający rzeczywistą intencję ubezpieczonej. Dowodzi tego również fakt, że ubezpieczona za czerwiec 2017 r. opłaciła (jeszcze w lipcu 2017 r.) składkę w pełnej, deklarowanej wysokości. Nie zachodziła zatem potrzeba ponownego uiszczenia tej składki, a

nawet dokonywana jakiegokolwiek uzupełniającej wpłaty z tego tytułu. Z kolei następna wpłata, uiszczona we wrześniu 2017 r., miała – zgodnie z jednoznacznym opisem – zostać w całości zarachowana na poczet składek za sierpień 2017 r. Zachowanie ubezpieczonej przed i po sierpniu 2017 r. (jeśli chodzi o płatności) świadczy więc o tym, że wpłatę 1 sierpnia 2017 r. traktowała ona wyłącznie jako zapłatę należnych składek (także na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe) za lipiec 2017 r. W ocenie Sądu, w taki właśnie sposób sporną wpłatę winien potraktować ZUS, nie zaś uznawać, że ubezpieczona po raz drugi zapłaciła składki za okres, za który opłaciła je miesiąc wcześniej i to w pełnej deklarowanej wysokości. ZUS nie powinien tym samym uważać kwoty przekazanej 1 sierpnia 2017 r. za nadpłatę, z której należy pokryć składki nieuiszczone w poprzednich latach oraz odsetki. Takie postępowanie organu rentowego w sposób wyraźny kolidowało z dyspozycją ubezpieczonej ujętą w treści deklaracji rozliczeniowej, sporządzonej przez nią w sierpniu 2017 r. i rozliczającą składki za lipiec 2017 r.. Tymczasem, jak słusznie podkreślono w judykaturze – odwołując się m.in. do art. 49 ust. 1 ustawy – właśnie dokument deklaracji ma rozstrzygające znaczenie dla identyfikacji określonych wpłat, do których się odnosi, i organ rentowy nie może – wbrew treści deklaracji – w odmienny sposób rozliczać takiej wpłaty (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 23 kwietnia 2014 r., I UK 400/13, Legalis nr 998529 i z dnia 3 lutego 2014 r., I UK 264/13, OSNAP 2015/4/57; wyrok SA w Gdańsku z dnia 29 listopada 2016 r., III AUa 1075/16, LEX nr 2185511).

Uwaga ta odnosiłaby się do spornej sytuacji nawet wtedy, gdyby ubezpieczona była zwolniona z obowiązku składania takich deklaracji (art. 47 ust. 2a ustawy), i czyniła to wyłącznie dobrowolnie. W dalszym bowiem ciągu dokument taki odzwierciedlałby wolę ubezpieczonej co do sposobu zaliczenia poszczególnych wpłat, i nie powinien zostać przez organ rentowy pominięty w procesie ich zarachowywania. Sąd podkreślił istotną rolę deklaracji rozliczeniowej dla identyfikacji dokonywanych przez płatnika wpłat. Stanowi ona zestawienie informacji o należnych składkach na fundusze, na które składki pobiera Zakład, kwot rozliczanych w ciężar składek oraz kwot należnych do zapłaty (art. 4 pkt 5 ustawy). Ponadto, to właśnie w deklaracji następuje rozliczenie składek opłaconych za dany miesiąc kalendarzowy (art. 46 ust. 1 i 2 ustawy). Dokumenty płatnicze, wymienione w art. 47 ust. 4a ustawy, stanowią natomiast przede wszystkim dopuszczalne formy zapłaty, a więc sposoby przekazania składek organowi rentowemu przez płatnika. Mają one oczywiście pewien walor informacyjny (z uwagi na potrzebę oznaczenia w tych dokumentach tytułu dokonanej wpłaty). Jednak, w świetle przytoczonych przepisów ustawy, charakter wpłaty determinować winna przede wszystkim deklaracja rozliczeniowa.

Sąd wskazał, że w lipcu 2017 r. oraz w dacie zapłaty spornej kwoty (1 sierpnia 2017 r.) reguły rozliczania dokonywanych przez płatników wpłat normowały przepisy – wydanego na podstawie art. 49 ust. 1 ustawy – rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 kwietnia 2008 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, do których poboru jest zobowiązany Zakład Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. Nr 78 poz. 465 ze zm. – zwane dalej „rozporządzeniem”). Również w tym akcie prawnym podkreślono istotne znaczenie deklaracji, traktując ją jako dokument, w którym płatnik określa wysokość należnych składek za dany miesiąc i na podstawie którego dokonuje wpłat z tego tytułu (por. np. § 2 ust. 1, § 5 ust. 1, § 6 ust. 1 rozporządzenia). Zgodnie zarazem z § 11 ust. 1 rozporządzenia, Zakład dokonuje rozliczenia dokonanej przez płatnika składek wpłaty na koncie płatnika i zewidencjonowania danych na koncie ubezpieczonego za dany miesiąc kalendarzowy na podstawie deklaracji oraz raportów lub deklaracji korygującej i raportów korygujących, zgodnie z oznaczeniem dokonany przez płatnika składek na dokumencie płatniczym, o którym mowa w art. 47 ust. 4a ustawy, z uwzględnieniem § 3 ust. 4 i § 25. Również w tym przepisie wyeksponowano kluczową rolę deklaracji dla czynności rozliczania składek, podkreślając, że organ rentowy winien to zrobić na podstawie deklaracji, tj. kierując się zawartymi w tym dokumencie dyspozycjami płatnika.

Sąd dostrzegł, że w dalszej części przepisu nadano również pewne znaczenie dokumentowi płatniczemu, przy użyciu którego płatnik opłacił składki. Świadczy o tym zapis: „dokonuje rozliczenia (...) wpłaty na koncie płatnika i zewidencjonowania danych na koncie ubezpieczonego za dany miesiąc kalendarzowy (...) zgodnie z oznaczeniem dokonany przez płatnika składek na dokumencie płatniczym”. Można byłoby na tej podstawie sądzić, że tylko w oparciu o powołane oznaczenie można zidentyfikować okres, za który wpłata ta została uiszczona. Konkluzja taka wydaje się jednak pewnym nadużyciem. W ten sposób pomniejszono by rolę deklaracji rozliczeniowej i zwiększono

rangę dokumentu płatniczego, co nie znajduje uzasadnienia w treści przepisów ustawy, traktujących deklarację jako wiodący dokument przewidziany do rozliczenia wpłat dokonywanych w danym miesiącu, zaś poszczególne rodzaje dokumentów płatniczych jako przede wszystkim dopuszczalne formy (sposoby) opłacenia składki. Tymczasem to właśnie przepisy ustawy, nie zaś wydane na ich podstawie akty wykonawcze (mające wobec norm rangi ustawowej charakter komplementarny, posiłkowy lub doprecyzowujący), winny kształtować podstawy i zasady systemu ubezpieczeń społecznych, w tym istotne kwestie związane z rozliczaniem dokonanych przez płatnika wpłat na poczet należności ubezpieczeniowych. Przepisy aktów wykonawczych nie mogą jednocześnie zawierać unormowań sprzecznych z założeniami i dyrektywami samej ustawy, a także nie powinny ograniczać – w stosunku do przepisów ustawy – uprawnień ubezpieczonego lub płatnika, zwiększać ich obciążeń, czy też zaostrzać w bardziej restrykcyjny sposób ich sytuację prawną.

Przypisanie tak dużego znaczenia tzw. dokumentowi płatniczemu – tj. uznanie go nie tylko za dopuszczalną formę płatności, ale także dokument rozstrzygający (nawet wbrew treści deklaracji) sposób zarachowania określonej wpłaty – można by również uważać za działanie wykraczające poza zakres delegacji ustawodawczej przewidzianej w art. 49 ust. 1 ustawy. Żaden z punktów art. 49 ust. 1 ustawy nie upoważniał Rady Ministrów do statuowania w rozporządzeniu z 2008 r. takich rozwiązań prawnych, niedopuszczonych przy tym przez przepisy ustawy. Regulacja ta nie odnosi się bowiem do kolejności zaliczenia wpłat przekazanych niezgodnie z przepisami ustawy (pkt 1, dotyczący przede wszystkim wpłat dokonanych po terminie lub w wysokości niezgodnej z deklaracją), zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek i kolejności zaliczania ich wpłat na poszczególne fundusze (pkt 2), czy też do sporządzania lub korygowania z urzędu określonych dokumentów (pkt 3 i 4) lub danych na kontach ubezpieczonych/płatników (pkt 5).

Delegacja ta uległa rozszerzeniu dopiero z dniem 1 stycznia 2018 r., o upoważnienie do określenia kolejności i sposobu zaliczania wpłat na należności FUS oraz inne należności do których poboru jest obowiązany Zakład (pkt 1a), co ewentualnie można by odnieść do omawianej sytuacji. Jednak w tym czasie obowiązywały już przepisy kolejnego aktu wykonawczego, tzn. rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 21 września 2017 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, do których poboru jest zobowiązany Zakład Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778 – powoływano go dalej jako „rozporządzenie z 2017 r.”). Co znamienne, przepisy tego aktu prawnego zawierały analogiczne rozwiązania prawne jak przepisy rozporządzenia z 2008 r. (zob. np. § 2 ust. 1 i § 6 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia z 2017 r.), z tą jednak różnicą, że w przepisie § 12 ust. 1 rozporządzenia z 2017 r. (będącego odpowiednikiem omawianego § 11 ust. 1 rozporządzenia), wyraźnie podkreślono, że dokonana przez płatnika wpłata rozlicza się na jego koncie i ewidencjonuje na koncie ubezpieczonego wyłącznie na podstawie deklaracji (i, ewentualnie, skorelowanych z nimi raportów - § 3 ust. 1 rozporządzenia z 2017 r.), a więc z pominięciem oznaczenia na dokumencie płatniczym. Ów zabieg legislacyjny, tj. rezygnacja – w stosunku do poprzedniego stanu prawnego – z powołania się na treść dokumentu płatniczego, stanowi zdaniem Sądu wyraźne podkreślenie kluczowej rangi deklaracji dla rozliczania dokonanych wpłat i przywrócenie właściwych relacji (wynikających zresztą z przepisów ustawy) między deklaracją rozliczeniową a dokumentem płatniczym.

Gdyby jednak hipotetycznie uznać, że dokument płatniczy w okresie obowiązywania przepisów rozporządzenia z 2008 r. mógł – niezależnie od treści deklaracji – determinować charakter dokonanej wpłaty, należałoby zwrócić uwagę na § 11 ust. 2 rozporządzenia, zgodnie z którym dokonanie korekty dyspozycji płatnika składek wskazanej na dokumencie płatniczym co do miesiąca, za który ma zostać rozliczona wpłata, jest możliwe tylko za zgodą Zakładu. Przy wykładni tego przepisu mocniejszy akcent trzeba położyć nie na znaczenie zgody ZUS dla korekty dyspozycji płatnika, ale na samą możliwość dokonania takiej korekty. Przepis ten dawał bowiem płatnikowi możliwość późniejszej weryfikacji własnej dyspozycji, np. wówczas gdy – tak jak w omawianym przypadku – omyłkowo wskazał niewłaściwy okres, za który zamierzał dokonać wpłaty. Określenie miesiąca na dokumencie płatniczym (za który wpłacono składkę) nie miało tym samym charakteru bezwzględnie i ostatecznie wiążącego. Samo natomiast sformułowanie „tylko za zgodą ZUS” nie oznaczało bynajmniej, że organ rentowy mógł tylko według własnego uznania (niezależnie od okoliczności danego przypadku) zgodzić się na korektę lub odmówić swojej aprobaty. Takiej bowiem arbitralności należy się wystrzeżać i nawet tam gdzie dopuszcza się pewną uznaniowość w decyzji danego organu, musi ona opierać się na

obiektywnie uzasadnionych i sprawiedliwych kryteriach. Wyrażenie to wyklądać zatem należy wyłącznie jako pewne ograniczenie płatnika składek w dowolnym i zbyt swobodnym, a niekiedy koniunkturalnym, podejściu do zmiany oznaczenia charakteru dokonanej wpłaty (tego za jaki miesiąc została dokonana). Choć zatem płatnik samodzielnie wskazuje w dokumencie płatniczym za jaki okres uiszcza określoną kwotę, w razie jakiegokolwiek próby korekty tego okresu (zwłaszcza wtedy, gdy organ rentowy dokonał już pewnych adnotacji na koncie płatnika i ubezpieczonego), do jej przeprowadzenia wymagana jest zgoda ZUS, który po rozważeniu wszelkich okoliczności danego przypadku udzieli takiej zgody (gdy uzna racje płatnika np. przyzna, że wpis miał charakter omyłkowy) lub jej odmówi (jeżeli zmianę dyspozycji uzna za przejaw nadużycia).

Oceniając przedmiotową sytuację przez pryzmat § 11 ust. 2 rozporządzenia, Sąd stwierdził, że pierwsze sygnały od ubezpieczonej o potrzebie dokonania takiej korekty organ rentowy otrzymał już we wniosku z 31 października 2017 r., tj. w dacie obowiązywania omawianego rozporządzenia (zob. § 33 rozporządzenia z 2017 r.). Powinien zatem rozważyć czy na taką korektę należy wyrazić zgodę. Zdaniem Sądu, mając na względzie wszystkie przedstawione wcześniej okoliczności, w tym treść deklaracji rozliczeniowej sporządzonej 10 sierpnia 2017 r., organ rentowy nie powinien mieć żadnych wątpliwości, że oznaczenie na dokumencie płatniczym z 1 sierpnia 2017 r. w rubryce „deklaracja” („062017”) zawierało w istocie omyłkę i nie odzwierciedlało rzeczywistej woli płatnika składek. Tym samym, zachodziły wszelkie przesłanki ku temu, aby dokonać takiej korekty i zarachować wpłatę w całości na poczet składek za miesiąc lipiec 2017 r.. Organ rentowy zignorował jednak wyraźny postulat ubezpieczonej (aby tak właśnie skorygować oznaczenie wpłaty), czym naraził ją tylko na niepotrzebne komplikacje, czego efekt stanowi m.in. przedmiotowa sprawa.

Podzielono także stanowisko, że pozostałe przepisy rozporządzenia nie pozwalały w istocie na takie zarachowanie spornej wpłaty, jak uczynił to organ rentowy. W ocenie Sądu, sytuacja taka nie została wprost uregulowana w akcie wykonawczym z 2008 r. Przepisy tego aktu prawnego przewidywały wyłącznie – jako sytuację, w której organ rentowy z urzędu rozliczał daną wpłatę (nawet wbrew dyspozycji płatnika zawartej w deklaracji rozliczeniowej) – opłacenie składki po terminie bez należnych odsetek (§ 6 ust. 3 i 4 rozporządzenia), dokonanie wpłaty nieoznaczonej co do okresu (§ 11 ust. 3 rozporządzenia), wpłatę kwoty niższej lub wyższej od kwoty należnych składek (§ 12 – 16 rozporządzenia). Tymczasem, omawianej wpłaty z pewnością nie można traktować jako uiszczonej po terminie (została zapłacona 1 sierpnia 2017 r., tj. 9 dni przed jego upływem), czy też nieoznaczonej co do okresu (skoro wskazano w rubryce deklaracja „062017”, zaś w deklaracji rozliczeniowej – miesiąc lipiec 2017 r.).

Nie powinno się jej również uważać za nadpłatę, której sposób zarachowania przewiduje § 13 rozporządzenia. Należy przede wszystkim skonstatować, że przepis art. 47 ust. 4 ustawy przewiduje zasadę regulowania jedną wpłatą należności z tytułu wszystkich składek za dany miesiąc, co wyraźnie zostało wyeksponowane w § 6 ust. 1 rozporządzenia z 2017 r.. Przepis §13 rozporządzenia (podobnie jak §§ 13a, 15 i 16 rozporządzenia) dotyczy zatem wyłącznie sytuacji, gdy owa jedna wpłata – która została uiszczona na poczet składek za dany miesiąc – przewyższyła kwotę składek wykazanych w deklaracji rozliczeniowej za ten miesiąc. Wówczas nadwyżkę tej jednej wpłaty należy rozliczyć zgodnie z regułami ujętymi w wymienionych przepisach. Podana wykładnia znajduje także uzasadnienie w literalnym brzmieniu przepisów, które daną wpłatę nakazują zaliczyć najpierw na poczet określonych składek (zgodnie z dyspozycją ujętą w deklaracji złożonej za miesiąc, w którym dokonano wpłaty), a następnie odpowiednio zarachować pozostałą kwotę (część przewyższającą sumę deklarowanych składek) na poczet istniejącego zadłużenia.

W omawianym przypadku wpłata na poczet składek za czerwiec 2017 r. (uiszczona w dniu 5 lipca 2017 r.) odpowiadała wysokości składek zadeklarowanych w deklaracji rozliczeniowej za ten miesiąc. Nie wystąpiło zatem zjawisko nadpłaty (ani też niedopłaty), zaś należności z tego tytułu zostały w całości zaspokojone. Wpłaty uiszczonej miesiąc później nie powinno się tym samym łączyć – mimo oznaczenia w dokumencie płatniczym – z wpłatą dokonaną 5 lipca 2017 r., tj. nie powinno się ich sumować i twierdzić, że kwota zapłacona 1 sierpnia 2017 r. w całości stanowi taką właśnie nadpłatę. Można by ewentualnie (w drodze wyjątku) rozliczyć w ten sposób drugą wpłatę, gdyby 5 lipca 2017 r. ubezpieczona zapłaciła mniej niż wynikałoby z rozliczenia ujętego w deklaracji za czerwiec 2017 r., a w konsekwencji – w dalszym ciągu istniałaby jakaś należność z tytułu składek za dany miesiąc (w pewnym stopniu przypominałoby to sytuację

opisaną w §6 ust. 3 i 4 rozporządzenia). Jak jednak zaznaczono, takiej należności 1 sierpnia 2017 r. nie było, zatem nie zachodziła potrzeba odwoływania się do wskazanych przepisów.

Podobnie, jak zostało stwierdzone w sprawie IV U 202/18 wskazano również na istniejące w toku czynności organu rentowego przesłanki do przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego w kwestii zarachowania spornej wpłaty z dnia 1 sierpnia 2017 r. Według § 24 ust. 1 rozporządzenia (§ 28 ust. 1 rozporządzenia z 2017 r.), Zakład informuje ubezpieczonego i płatnika składek o sporządzonych lub skorygowanych z urzędu dokumentach ubezpieczeniowych oraz o danych wprowadzonych lub skorygowanych bezpośrednio na koncie ubezpieczonego lub na koncie płatnika składek. Może też zwrócić się do ubezpieczonego lub do płatnika składek o przekazanie danych niezbędnych do sporządzenia lub skorygowania z urzędu dokumentów ubezpieczeniowych oraz wprowadzenia lub skorygowania z urzędu danych na koncie ubezpieczonego lub na koncie płatnika składek (§ 24 ust. 2 rozporządzenia, § 28 ust. 2 rozporządzenia z 2017 r.). Ponadto, jeżeli ubezpieczony nie zgadza się z danymi zawartymi w dokumentach ubezpieczeniowych sporządzonych lub skorygowanych z urzędu albo z danymi wprowadzonymi lub skorygowanymi bezpośrednio na koncie ubezpieczonego lub koncie płatnika składek, w terminie 30 dni od dnia otrzymania informacji powinien złożyć w Zakładzie wniosek o przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego, chyba że dane wynikają z prawomocnej decyzji lub z prawomocnego wyr. sądu (§ 24 ust. 5 rozporządzenia, §2 8 ust. 5 rozporządzenia z 2017 r.). Organ rentowy może zatem, z urzędu lub na wniosek ubezpieczonego, wszcząć postępowanie wyjaśniające, przy czym w razie stwierdzenia rozbieżności, o których mowa w § 21 ust. 1 rozporządzenia, ciąży na nim taki obowiązek (na co wskazuje kategoryczne stwierdzenie „Zakład przeprowadza postępowanie wyjaśniające”). Dotyczy to nieścisłości jakie pojawiły się w tzw. dokumentach ubezpieczeniowych, przez które rozumieć należy dokumenty związane z ubezpieczeniami społecznymi określone w ustawie (§ 1 pkt 3 rozporządzenia). Takim sformułowaniem posługuje się przepis art. 48b ust. 1 ustawy, który za tę kategorię dokumentów uważa m.in. deklaracje rozliczeniowe oraz deklaracje rozliczeniowe korygujące. Wśród tych dokumentów nie wymieniono wprawdzie dokumentów płatniczych, jednak z uwagi na wzmiankowany ich walor informacyjny, a także przy założeniu, że mogą one wpływać na sposób rozliczenia wpłaty na poczet należności ubezpieczeniowych, trzeba by również przypisać im taki charakter.

Oznaczałoby to potrzebę wszczęcia postępowania wyjaśniającego wówczas, gdyby pojawiły się pewne nieprawidłowości w ich treści, m.in. rozbieżności między oznaczeniem w deklaracji i dokumencie płatniczym okresu, za który dokonano wpłaty na poczet składek na ubezpieczenia społeczne. Niewątpliwie nieścisłość taka utrudnia bowiem właściwe rozliczenie na koncie płatnika składek i zewidencjonowanie danych na koncie ubezpieczonego. Gdyby natomiast uznać, że dokument płatniczy nie ma takiego znamienia (dokumentu o którym wspomina art. 48b ust. 1 ustawy) różnica w treści tych dwóch dokumentów i tak powodowała konieczność wdrożenia trybu wyjaśniającego. Odmienny sposób rozliczenia wpłaty w deklaracji w stosunku do dyspozycji zawartej w dokumencie płatniczym złożonym w tym samym miesiącu, wyraźnie wskazywałby na występowanie określonych nieprawidłowości (do których nawiązuje § 21 ust. 1 rozporządzenia), co obliżowało organ rentowy do wyjaśnienia tej kwestii.

Z powyższych względów Sąd uznał, że organ rentowy w sposób niezgodny z przepisami rozporządzenia zaniechał wszczęcia postępowania wyjaśniającego, w ramach którego winien m.in. odebrać od płatnika składek odpowiednie oświadczenie co do przeznaczenia wpłaty z 1 sierpnia 2017 r., a następnie dokonać odpowiedniego jej zarachowania zgodnie z rzeczywistą wolą ubezpieczonej i treścią dokumentu rozliczeniowego. Zamiast tego organ rentowy zaliczył powyższą wpłatę na poczet należności powstałych w latach 2015 i 2016, co stanowiło – chociażby ze względu na jednoznaczną dyspozycję zawartą w deklaracji rozliczeniowej dotyczącej lipca 2017 r. – naruszenie przepisów ustawy, jak też wzmiankowanego rozporządzenia.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T. zaskarżył powyższy wyrok w całości, zarzucając:

I. naruszenie prawa materialnego poprzez błędną wykładnię przepisu art. 11, art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 300 ze zm.) poprzez jego błędne zastosowanie i uznanie, że ubezpieczona podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od 01.07.2017 r. do 31.07.2017 r.;

II. naruszenie prawa procesowego, tj. art. 224 § 1 i art. 232 zd. 2 k.p.c., poprzez brak dopuszczenia z urzędu dowodu na okoliczność stanu zaległości płatnika składek D. S. Pesel (...), mimo iż świetle ustalonych okoliczności faktycznych, konieczność przeprowadzenia dowodu na okoliczność należności starszych, niż należność za 07/2017 r., jest oczywista z punktu widzenia wyjaśnienia sprawy, co w konsekwencji doprowadziło do błędnego rozpoznania istoty sprawy;

III. naruszenie prawa procesowego, tj. art. 231 k.p.c. poprzez błędne uznanie, że z ustalonego faktu dokonania w dniu 01.08.2017 r. wpłaty w kwocie 812,61 zł. na poczet składek na ubezpieczenia społeczne, oznaczonej jako wpłata za miesiąc „062017”, można wyprowadzić fakt, iż ubezpieczona opłaciła należność na ubezpieczenia społeczne (w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe) za 07/2017 r., co w konsekwencji doprowadziło do ustalenia, iż od 01.07.2017 r. do 31.07.2017 r. podlegała ona dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu

Wskazując na powyższe zarzuty organ rentowy wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie odwołania, bądź ewentualnie o jego uchylenie i przekazanie sprawy do ponownego rozpatrzenia przez Sąd Okręgowy w Toruniu.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja nie zasługiwała na uwzględnienie.

W pierwszej kolejności należy rozpoznać sformułowane w apelacji zarzuty naruszenia prawa procesowego. W ocenie Sądu Apelacyjnego zarzut naruszenia art. 224 § 1, art. 232 zd. 2 k.p.c. okazał się nieuzasadniony, bowiem brak uzupełnienia postępowania dowodowego w zakresie stanu zaległości płatnika składek D. S. przed lipcem 2017 r. nie miał istotnego wpływu na wynik sprawy w sytuacji, gdy Sąd Okręgowy stwierdził, że dobrowolne ubezpieczenie chorobowe wnioskodawczyni nie ustało w lipcu 2017 r., albowiem składka na to ubezpieczenie została opłacona w terminie i w prawidłowej wysokości.

Nie zasadny okazał się również zarzut odnoszącego się do dokonanej oceny dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.). Sąd Okręgowy dokonał bowiem oceny materiału dowodowego z poszanowaniem reguł wyrażonych w przepisie art. 233 § 1 k.p.c., co sprawiło, że Sąd Apelacyjny ustalenia faktyczne przyjął za własne.

W ocenie Sądu Najwyższego, nie są usprawiedliwione również zarzuty naruszenia prawa materialnego.

Stosownie do art. 11 ust. 2 w związku z art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą, objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, podlegają ubezpieczeniu chorobowemu jedynie dobrowolnie, na swój wniosek. W myśl art. 36 ust. 3 powołanej ustawy obowiązek zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy systemowej, należy do tych osób. Zgodnie z art. 36 ust. 5 ustawy, osoby, które są obejmowane ubezpieczeniami społecznymi na zasadach dobrowolności, zgłaszają wniosek o objęcie ich ubezpieczeniem w terminie przez siebie wybranym, z tym że objęcie ich tymi ubezpieczeniami następuje od dnia wskazanego we wniosku, jednakże nie wcześniej niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony (art. 14 ust. 1 ustawy). Wyjątek od tej zasady zawiera art. 14 ust. 1a, na podstawie którego 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, to znaczy w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia. Dobrowolne ubezpieczenie ustaje z kolei w okolicznościach wymienionych w art. 14 ust. 2 ustawy, to jest:

- 1) od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony;
- 2) od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie - w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących, duchownych oraz osób wymienionych w art. 7; w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, z zastrzeżeniem ust. 2a;

3) od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom.

W ocenie Sądu drugiej instancji Sąd Okręgowy nie naruszył norm prawa materialnego – art. 11 ust. 2 w związku z art. 6 ust. 1 pkt 5 i art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej. Uwzględnienie odwołania wynikało z zastosowania przez Sąd Okręgowy art. 11 ust. 2 w związku z art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy systemowej i uznania, że art. 14 ust. 2 pkt 2 tej ustawy do ubezpieczonej nie ma zastosowania. Szczegółowo przedstawiona przez Sąd ocena prawna znalazła pełną akceptację Sądu Apelacyjnego stąd nie zachodzi konieczność jej ponownego powoływania. Nie zmienia tej oceny okoliczność, że sporna wpłata składek została dokonana przed upływem terminu płatności składki i złożeniem deklaracji za lipiec 2017 r.

Zasadnie Sąd Okręgowy wskazał, że stosownie do art. 46 ust. 1 ustawy systemowej, płatnik składek jest obowiązany według zasad wynikających z przepisów ustawy obliczać, potrącać z dochodów ubezpieczonych, rozliczać oraz opłacać należne składki za każdy miesiąc kalendarzowy. Zgodnie z art. 48b ust. 2 ustawy, Zakład może korygować z urzędu błędy stwierdzone w dokumentach związanych z ubezpieczeniami społecznymi określonych w ustawie. Relewantny jest także art. 49 ust. 1 pkt 1 tej ustawy, zgodnie z którym Rada Ministrów określa, w drodze rozporządzenia kolejność zaliczania wpłat składek na FUS oraz innych należności, do których poboru jest zobowiązany Zakład, jeżeli płatnik opłaca je i przekazuje niezgodnie z przepisami ustawy.

Sąd Apelacyjny w pełni podziela pogląd wyrażony przez Sąd Najwyższy w wyroku z 3 lutego 2014 r. I UK 264/13, że składki na ubezpieczenia społeczne wpłacone zgodnie z prawidłowo sporządzoną deklaracją za dany miesiąc powinny być zewidencjonowane zgodnie z tą deklaracją, a nie na poczet innych należności (art. 49 ust. 1 pkt 1 ustawy systemowej). Argumenty prezentowane przez Sąd Okręgowy z powołaniem się na przepisy ustawy systemowej oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 kwietnia 2008 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, do których poboru jest zobowiązany Zakład Ubezpieczeń Społecznych, eksponujące kluczową rolę deklaracji składanych przez płatnika dla czynności rozliczania składek, są trafne i obszernie wyjaśnione.

Zgodzić się należy z Sądem pierwszej instancji, że działania organu rentowego podjęte wobec błędnej, w jego ocenie, deklaracji rozliczeniowej za lipiec 2017 r., polegające na dokonaniu z urzędu korekty deklaracji ubezpieczeniowej za ten miesiąc, doprowadziły do powstania rozbieżności kwotowych. Dokonana przez pozwanego 4 stycznia 2018 r. korekta deklaracji ubezpieczeniowej za lipiec 2017 r., spowodowała zmianę rozliczenia konta ubezpieczonej, a w konsekwencji wpłaty na najstarszą zaległość i ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 1 lipca 2017 r. Następcze zarachowanie przez organ rentowy dokonanych przez ubezpieczoną dwukrotnych wpłat (1 lipca 2017 r. i 1 sierpnia 2017 r.) po 812,61 zł z tytułu składek na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne i dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za czerwiec 2017 r., bez uprzedniego wyjaśnienia rozbieżności pomiędzy deklaracją rozliczeniową a dokumentem płatniczym w zakresie oznaczonego okresu (§ 24 ust. 2 rozporządzenia), doprowadziło do ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego wnioskodawczyni od 1 lipca 2017 r.

Brak wiedzy ubezpieczonej o rozbieżnościach w oznaczeniu okresu którego dotyczy wpłata składki, pomiędzy deklaracją a dokumentem płatniczym i podjętych przez organ rentowy działaniach rozbieżności dwukrotnie wpłaconych za czerwiec 2017 r. składek, doprowadziły do chaosu, w którym płatnik nie wie, że pomimo ciągłości opłacania składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, temu ubezpieczeniu nie podlega.

Zważywszy zatem na całokształt okoliczności faktycznych, jakie towarzyszyły działaniom podejmowanym przez ubezpieczoną w celu zachowania przez nią "ciągłości" ochrony ubezpieczeniowej, nie można oceniać jej poczynąń w sposób rygorystycznie sformalizowany, zwłaszcza że pozwany uznając że ubezpieczenie chorobowe wnioskodawczyni ustало w czerwcu 2017 r., bez ponownego jej zgłoszenia do tego ubezpieczenia i opłacaniu składek na to ubezpieczenie za kolejne miesiące począwszy od sierpnia 2017 r., przyjmował składki zgodnie z deklaracjami i dokonywał potwierdzenia istnienia tego tytułu ubezpieczenia.

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania Sąd Apelacyjny nie stwierdził, aby rozstrzygając w sprawie Sąd Okręgowy naruszył wskazywane w apelacji normy prawa materialnego, a także zasady postępowania cywilnego.

Z powyższych względów Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. orzekł, jak w sentencji.

SSA Lucyna Ramlo SSA Iwona Krzczowska – Lason SSO del. Beata Golba – Kilian