

Sygn. akt IVU 1038/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 sierpnia 2013 r.

Sąd Okręgowy w Toruniu - IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący SSO Małgorzata Maleszka

Protokolant starszy sekr.sądowy Agnieszka Piórczyńska

po rozpoznaniu w dniu 23 lipca 2013 r. w Toruniu

sprawy **K. Z.**

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w T.

o stwierdzenie istnienia ubezpieczeń społecznych

na skutek odwołania K. Z.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w T.

z dnia 22 marca 2013 r. nr (...)

zmienia zaskarżoną decyzję w ten sposób, że ustala iż wnioskodawczyni K. Z. podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą również po 30 listopada 2012r.

/-/SSO Małgorzata Maleszka

Sygn. akt **IVU 1038/13**

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 22 marca 2013 r., nr (...), Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T. – powołując się na przepisy art. 83 ust. 1 w zw. z art. 38 ust. 1 i 2, art.11 ust. 2, art. 14 ust. 1, 1a i 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2009 r., nr 205, poz. 1585 ze zm.) – stwierdził, iż K. Z. podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą w okresach od 1.07.2010 r. do 31.01.2012 r., od 1.03.2012 r. do 30.04.2012 r. i od 2.11.2012 r. do 30.11.2012 r.

W uzasadnieniu organ rentowy wyjaśnił, iż – w myśl powołanych przepisów – osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, a na swój wniosek mogą zostać objęte dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu. Ubezpieczenie to następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony, a ustaje od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony, od dnia ustalenia tytułu podlegania tym ubezpieczeniom, a nadto od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie, przy czym w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie.

Ubezpieczona z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej dokonała zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w okresie od 1.07.2010 r. do 30.04.2012 r. Od dnia 1.09.2012 r. ubezpieczona ponownie zgłosiła się do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, zaś zgłoszeniem z dnia 2.11.2012 r. do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Składka za miesiąc 12/2012 została opłacona po terminie, a nadto w zaniżonej wysokości, niezgodnie z art. 18 ust. 8 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. W dniu 25.01.2013 r. ubezpieczona wystąpiła o wyrażenie zgody na opłacenie w/wym. składki po ustawowym terminie płatności; zgoda nie została wyrażona. Mając na uwadze powyższe, wobec uiszczenia składki po terminie, organ rentowy określił okres podlegania przez ubezpieczoną dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jak w sentencji decyzji.

K. Z. w odwołaniu od powyższej decyzji wniosła o jej zmianę poprzez ustalenie, iż podlega ubezpieczeniom w ciągłości nieprzerwanie do dnia wniesienia odwołania, przyjęcie za bezzasadną odmowę wyrażenia zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc 12/2012 po terminie oraz ustalenie, iż przedmiotowa składka została opłacona w prawidłowej, proporcjonalnej wysokości zgodnie z art. 18 ust. 8 w zw. z art. 18 ust. 9 i 10 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Nadto wnioskodawczyni wniosła o zasądzenie od organu rentowego kosztów postępowania według norm przepisanych.

K. Z. przyznała, iż składka za miesiąc 12/2012 została opłacona po terminie, w dniu 11.01.2013 r. o godzinie 00:13. Opóźnienie to było spowodowane stanem w jakim się wówczas znajdowała związanym z przebyciem w dniu 8.12.2012 r. porodem, zarówno w kontekście fizycznym (anemia poporodowa, rana po nacięciu krocza, niedoczynność tarczycy wpływająca na wahania hormonalne, zapalenie piersi), oraz psychicznym (przygnębienie poporodowe), a nadto problemami zdrowotnym dziecka (problemy pokarmowe, kolka). Dodatkowo w dniu 9.01.2013 r. doszło do wypadku podczas wizyty w przychodni, w postaci wypadnięcia dziecka wnioskodawczyni z fotelika; zalecono 48 godzinną obserwację, zaś w razie niepokojących objawów natychmiastowe skierowanie do szpitala. Nerwowość powyższych sytuacji spowodowała, iż wnioskodawczyni dopuściła się niewielkiego przekroczenia w opłacie spornej składki, które jednak – w ocenie wnioskodawczyni – winno być uznane za usprawiedliwione, skutkujące zgodą organu rentowego na przywrócenie terminu do jej opłacenia. Tymczasem organ rentowy, odmawiając wyrażenia zgody nie ustosunkował się do powyższych okoliczności, jak również pominął, iż był to pojedynczy, incydentalny wypadek niewywiązania się z obowiązków ubezpieczeniowych. Stanowisko organu rentowego nie zostało w ogóle uzasadnione, a w konsekwencji skutkowało wyłączeniem z ubezpieczenia chorobowego i odmową przyznania prawa do zasiłku macierzyńskiego.

Odnosząc się natomiast do wysokości składki wnioskodawczyni podkreśliła, iż zapłaciła ją nawet w wyższej niż należna wysokości. Wnioskodawczyni powołała się w tym zakresie na art. 18 ust. 9 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych wprowadzający zasadę proporcjonalnego obliczania składek, jeżeli ubezpieczenie trwało jedynie przez część miesiąca, stosownie do liczby dni podlegania ubezpieczeniu. Podstawa wymiaru składki za cały miesiąc 12/2012 wynosiła 2.115,60 zł, przeliczona zgodnie z art. 18 ust. 9 ustawy 477,72 zł. W deklaracji wskazana została podstawa 1.981,58 zł, tj. wyższa niż wynikająca z powyższego wyliczenia.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie podtrzymując stanowisko wyrażone w skarżonej decyzji.

Sąd ustalił co następuje:

Pierwszorazową działalność gospodarczą K. Z. prowadziła w okresie od 1 lipca 2010 r. do 30 kwietnia 2012 r.

Wnioskodawczyni w tym okresie była zgłoszona do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w okresie od 1 lipca 2010 r. do 31 stycznia 2012 r. i od 1 marca 2012 r. do 30 kwietnia 2012 r.

/okoliczności bezsporne, a nadto zeznania wnioskodawczyni na rozprawie w dniu 23.07.2013 r., protokół elektroniczny min. 00:06:28 i nast./

Ponownego prowadzenia działalności gospodarczej, po przerwie spowodowanej nawiązaniem stosunku pracy, wnioskodawczyni podjęła się od września 2012 r. Wnioskodawczyni kontynuowała dotychczasowy profil działalności zajmując się wytwarzaniem przedmiotów ze szkła stopionego, które sprzedawała w ramach sprzedaży wysyłkowej za pośrednictwem portali internetowych.

Z tego tytułu wnioskodawczyni ponownie zgłosiła się do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych od dnia 1 września 2012 r. Zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego dokonała w dniu 2 listopada 2012 r. od dnia 1 listopada 2012 r. Wnioskodawczyni terminowo opłacała składki.

/okoliczności bezsporne, a nadto zgłoszenie (...) k. 42, zeznania wnioskodawczyni na rozprawie w dniu 23.07.2013 r., min. 00:06:28 i nast.

W dniu 8 grudnia 2012 r. wnioskodawczyni podczas przedwczesnego porodu, powikłanego anemią wtórną, urodziła syna F.. W przebiegu powodu przeprowadzono nacięcie krocza. Nadto z uwagi na nadczynność tarczycy podano wnioskodawczyni odpowiednie leki. Wnioskodawczyni została wypisana do domu w dniu 10 grudnia 2012 r.

/dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 6 akt rentowych plik 1 742/13

W dniu 12 grudnia 2012 r. wnioskodawczyni złożyła wniosek o przyznanie prawa do zasiłku macierzyńskiego za okres od 8 grudnia 2012 r.

/okoliczność bezsporna, a nadto wniosek k. 1 akt rentowych plik 2 (...)

W związku z powyższym wnioskiem organ rentowy wszczął postępowanie wyjaśniające celem ustalenia okresu podlegania przez wnioskodawczynię ubezpieczeniom z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej i pismem z dnia 2 stycznia 2013 r. zwrócił się o wyjaśnienie w przedmiocie przedmiotu i przebiegu prowadzonej działalności oraz wykazanie dokumentacją jej faktycznego prowadzenia.

/dowód: pismo k.1 akt rentowych plik 1 742/13

zeznania wnioskodawczyni na rozprawie w dniu 23.07.2013 r., min. 00:06:28 i nast.

W dniu 9 stycznia 2013 r. wnioskodawczyni wraz z dzieckiem była na wizycie lekarskiej w przychodni rodzinnej. Po zakończeniu wizyty, podnosząc fotelik wraz z dzieckiem doszło do jego wypadnięcia i upadku na twarz na podłogę. Po uzyskaniu natychmiastowej pomocy lekarskiej i badaniu przedmiotowym wnioskodawczyni otrzymała zalecenie 48 godzinnej obserwacji syna pod kontem wystąpienia ewentualnych następstw wypadku wraz z jednoczesnym skierowaniem do szpitala.

/dowód: skierowanie do szpitala k. 3 akt rentowych (...)

zeznania wnioskodawczyni na rozprawie w dniu 23.07.2013 r., min. 00:06:28 i nast.

Poza powyższym, syn wnioskodawczyni cierpiał na przewlekłe kolki, które negatywnie odbijały się życiu rodzinnym wnioskodawczyni, wymuszając stałą, całonocną opiekę.

Również sama wnioskodawczyni bardzo źle znosiła okres po porodzie, zarówno w kontekście fizycznym jak i psychicznym. U wnioskodawczyni wystąpiły elementy depresji poporodowej, a nadto anemia poporodowa, niedoczynność tarczycy wpływająca na wahania hormonalne, bóle związane z raną po nacięciu krocza. Podczas wizyty lekarskiej w dniu 8 stycznia 2013 r. stwierdzono zapalenie piersi, objawiające się wysoką temperaturą i wprowadzono leczenie antybiotykiem. Powyższe przekładało się również na problemu z karmieniem dziecka.

/dowód: zaświadczenie k. 6 akt rentowych (...)

zeznania wnioskodawczynie na rozprawie w dniu 23.07.2013 r., min. 00:06:28 i nast.

Mimo powyższego wnioskodawczynie starała się współpracować z organem rentowym, zarówno w toku wszczętego postępowania w przedmiocie wyjaśnienia prowadzenia działalności gospodarczej, jak i dotychczasowych obowiązków ubezpieczeniowych w związku z tytułem do ubezpieczeń. W dniu 10 stycznia 2013 r., po uprzednim zgromadzeniu szeregu dokumentów, stawiała się w organie rentowym celem potwierdzenia faktu rzeczywistego prowadzenia działalności. Wnioskodawczynie złożyła również deklaracje rozliczeniowe za miesiąc 12/2012 r. natomiast zapłaty składki – poprzez polecenie przelewu za pośrednictwem elektronicznych kanałów dostępu – dokonała z opóźnieniem, w dniu 11 stycznia 2012 r. o godzinie 00:13.

/dowód: pismo z dnia 18.01.2013 r. k. 2, potwierdzenie realizacji przelewu k. 8 akt rentowych plik 1 742/13

zeznania wnioskodawczynie na rozprawie w dniu 23.07.2013 r., min. 00:06:28 i nast.

Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe, wypadkowe, chorobowe) i Fundusz Pracy ustalona zgodnie z art. 18 ust. 8 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych za miesiąc grudzień (...) wynosiła 2.115,60 zł, zaś wysokość składki 674,88 zł (ubezpieczenia społeczne), 51,83 zł (Fundusz Pracy).

Wnioskodawczynie za miesiąc 12/2012 opłaciła składkę w wysokości 632,12 zł.

/okoliczności bezsporne, a nadto potwierdzenie realizacji przelewu k. 8 akt rentowych plik 1 (...)

Decyzją z dnia 21 stycznia 2013 r. (...) Oddział w T. odmówił K. Z. prawa do zasiłku macierzyńskiego od 8 grudnia 2012 r. do 24 maja 2013 r. wskazując, iż wnioskodawczynie od dnia 1 grudnia 2012 r. nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu wobec nie opłacenia składki za miesiąc 12/2012 r. w terminie.

/okoliczność bezsporna, a nadto decyzja k. 6 akt rentowych plik 2 (...)

Po otrzymaniu powyższej decyzji wnioskodawczynie w dniu 25 stycznia 2013 r. złożyła w organie rentowym wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie po ustawowym terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc 12/2012 z powołaniem się na okoliczności zdrowotne i rodzinne oraz incydentalność uchybienia obowiązkowi terminowego opłacania składek, załączając odpowiednią dokumentację medyczną.

/dowód: wniosek k. 4-5 akt rentowych (...)

Po rozpoznaniu wniosku organ rentowy pismem z dnia 14 lutego 2013 r. poinformował wnioskodawczynię, iż nie wyraża zgody na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc 12/2012 oraz wskazał, iż w konsekwencji w okresie od 1 grudnia 2012 r. do 31 grudnia 2012 r. wnioskodawczynie nie podlega przedmiotowemu ubezpieczeniu. Pismo organu rentowego nie zawierało uzasadnienia podstawy odmownego rozpoznania wniosku.

/okoliczność bezsporna, a nadto pismo k. 8 akt rentowych plik 2 (...)

Skarżoną decyzją z dnia 22 marca 2013 r., (...) Oddział w T. stwierdził, iż K. Z. podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą w okresach od 1.07.2010 r. do 31.01.2012 r., od 1.03.2012 r. do 30.04.2012 r. i od 2.11.2012 r. do 30.11.2012 r.

/okoliczność bezsporna/

Sąd zważył co następuje:

Stan faktyczny w niniejszej sprawie został ustalony na podstawie okoliczności bezspornych, a w pozostałym zakresie na podstawie dokumentów przedłożonych przez wnioskodawczynię oraz znajdujących się w załączonych aktach organu rentowego, a także w oparciu o dowód z przesłuchania K. Z..

Sąd uznał za wiarygodne dokumenty zaliczone w poczet materiału dowodowego w sprawie, albowiem żadna ze stron postępowania nie kwestionowała ich autentyczności ani prawdziwości zawartych w nich informacji.

Sąd przyznał również walor wiarygodności zeznaniom wnioskodawczyni. Były one logiczne, racjonalne i zgodne z zasadami doświadczenia życiowego, a nadto korespondowały z okolicznościami bezspornymi wskazanymi w zaskarżonej decyzji oraz w pozostałej dokumentacji zgromadzonej w toku postępowania. Organ rentowy nie kwestionował okoliczności rodzinnych i zdrowotnych wskazanych przez wnioskodawczynię, poprzedzających datę opłaty składki za miesiąc 12/2012 r.

Stan faktyczny w niniejszej sprawie był w zasadzie bezsporny. Wnioskodawczyni nie kwestionowała, iż składka na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe została przez nią opłacona z uchybieniem terminu, w dniu 11 stycznia 2013 r., przy obowiązującym ją – w świetle art. 47 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2009r., nr 205, poz.1585 ze zm.) – terminie do dnia 10 stycznia 2013 r. Jako powód opóźnienia wnioskodawczyni powołała się na sytuację rodzinną i zdrowotną związaną z przebyciem w dniu 8 grudnia 2012 r. porodem oraz negatywnymi skutkami dla jej zdrowia psychicznego i fizycznego, a także wypadek syna w dniu 9 stycznia 2013 r., na co przedłożyła niekwestionowaną przez organ rentowy dokumentację. Wnioskodawczyni podkreśliła przy tym, iż był to pierwszy przypadek niewywiązania się z terminowego opłacania składek od początku prowadzenia działalności gospodarczej, od 2010 r.

W tak ustalonym stanie faktycznym rozstrzygnięciu podlegała zatem jedynie kwestia konsekwencji opóźnienia w opłacie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe dla podlegania temu ubezpieczeniu przez wnioskodawczynię oraz ocena odmowy organu rentowego przywrócenia terminu do jej opłacenia.

Zgodnie z art. 11 ust.2 powołanej ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, na swój wniosek podlegają dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu.

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 1a ustawy objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tym ubezpieczeniem, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony i tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczeń.

Według art. 14 ust. 2 cyt. ustawy dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje natomiast :

1. od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tego ubezpieczenia, 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 uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie;
3. od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom.

W świetle powołanego art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy wygaśnięcie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego następuje ex lege, niezależnie od woli ubezpieczonego i treści pierwotnie złożonego wniosku. W pojęciu "nieopłacenie w terminie składki" mieszczą się przy tym trzy sytuacje: nieopłacenie w terminie składki w ogóle za dany miesiąc, opłacenie składki w niepełnej wysokości oraz opłacenie składki z przekroczeniem termin. Użyte w omawianym przepisie określenie "składki należnej" nie jest przy tym przypadkowe, gdyż odnoszący się do składki przymiotnik oznacza, że

chodzi o należną składkę, czyli pełną składkę a więc nie wystarcza jej część. Należna składka to ta, która powinna być zapłacona. Jeżeli składka nie jest należna, a więc mniejsza niż należna, to dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje z mocy ustawy (por. wyrok SN z dnia 18 kwietnia 2012 r., II UK 188/11; wyrok SA w Białymstoku z dnia 4 września 2012 r., III AUa 409/12).

Wysokość składki należnej należy ustalić natomiast w oparciu o art. 18 ust. 8 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, zgodnie z którym podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe – a zgodnie z odesłaniem zawartym w art. 20 ust. 1 ustawy również na ubezpieczenie chorobowe i wypadkowe – ubezpieczonych, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 5, tj. osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, 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.

Powyższa zasada ulega zmianie w wypadkach wskazanych w art. 18 ust. 9 i 10 ustawy. Mianowicie zgodnie z ust. 9 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. 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 (ust. 10). Powyższe zasady proporcjonalnego ustalania wysokości składek obowiązują niezależnie od podstawy jej wymiaru, dobrowolnie zadeklarowanej w warunkach art. 18 ust. 8 ustawy. Na powyższe zwraca uwagę między innymi Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 17 maja 2011 r. (III AUa 2177/10) oceniając, iż proporcjonalne zmniejszenie podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe osób prowadzących działalność gospodarczą przewidziane w art. 18 ust.9 i ust.10 ustawy z dnia 13.10.1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych dotyczy wszystkich zadeklarowanych kwot (art.18 ust.8), a nie tylko kwoty najniższej podstawy wymiaru składek. Z kolei w wyroku z dnia 9 lipca 2009 r. (III AUa 908/09) wskazuje, iż celem norm ust.9 i 10 art. 18 u.s.u.s., jest wyraźne wskazanie, iż zmniejszenie podstawy wymiaru składki jest możliwe także wówczas, gdy została ona zadeklarowana w wysokości minimalnej. Niezależnie zatem czy podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne została przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą zadeklarowana od najniższej czy wyższej niż 60 % prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek kwocie, w przypadku zaistnienia zdarzeń wskazanych w art. 18 ust. 9 i 10 ustawy, jej podlegająca zapłacie wysokość winna być ustalana proporcjonalnie i jako taka stanowi „składkę należną”.

Z kolei nieopłacenie „składki należnej” w terminie, w czym mieści się również opłacenie jej po obowiązującym danego płatnika terminie, prowadzi automatycznie do ustania dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który przypada. Bez znaczenia pozostaje w tym kontekście czasookres opóźnienia czy ewentualne zawinienie podmiotów innego niż płatnik, za pośrednictwem lub z usług którego płatnik wykonuje obowiązek opłaty składki (por. wyrok SA w Katowicach z dnia 7 lipca 2004 r., III AUa 547/03).

Termin określony w powołanym art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy jest terminem prawa materialnego, co oznacza, iż nie może on być dobrowolnie zmieniany i przywracany. Organ rentowy został natomiast wyposażony w kompetencję wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie, czyli uznania, że mimo nieopłacenia składki w terminie ubezpieczenie nie ustało. W ustawie nie zostały określone przesłanki "wyrażenia zgody" na opłacenie składki po terminie, co jednak nie oznacza przyznania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych niczym nie skrępowanego uznania w uwzględnieniu lub nie uwzględnieniu wniosku o wyrażenie 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 (por. postanowienie SN z dnia 14 listopada 2007 r., II UK 65/07; por. też uchwała z dnia 8 stycznia 2007 r., I UZP 6/06).

Sąd Okręgowy oceniając w powyższym kontekście decyzję organu rentowego odmawiającą wnioskodawczyni przywrócenia terminu do opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc 12/2012 stanął na stanowisku, iż była ona oczywiście błędna, a nadto w żaden sposób nie uzasadniona, na co słusznie zwraca uwagę wnioskodawczyni, a co należy do obowiązku organu rentowego podejmującego decyzję w przedmiocie wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie. Stanowisko organu rentowego, mimo przyznanej mu uznaniowości w tym zakresie, nie może cechować się niczym nie uzasadnioną dowolnością, z czym mamy miejsce w niniejszym przypadku. Nie należy oczywiście zapominać, iż instytucja przywrócenia terminu do opłacenia składki ma charakter szczególny i skorzystanie z niej winno mieć miejsce jedynie w „uzasadnionych przypadkach”, które niemniej podlegają pewnemu usystematyzowaniu. Przy ocenie możliwości jego zastosowania bierze się pod uwagę takie okoliczności jak dotychczasowy przebieg ubezpieczenia, występowanie zaległości w opłacaniu składek i jej dotychczasowa terminowość czy wcześniejsze korzystanie z przedmiotowej instytucji. W niniejszej sprawie wszystkie powyższe okoliczności przemawiają tymczasem na korzyść wnioskodawczyni. K. Z., pozostająca w ubezpieczeniu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej od 2010 r., z kilkumiesięczną przerwą, terminowo opłacała składki na ubezpieczenia społeczne. Wnioskodawczyni nie korzystała z instytucji przywrócenia terminu do zapłaty składek.

Z drugiej strony nie należy pomijać, iż samo przekroczenie terminu, co nie było w sprawie kwestionowane, było faktycznie czasowo nieznaczne; wnioskodawczyni dokonała zapłaty kilkanaście minut po upływie terminu płatności. Okoliczności towarzyszące temu uchybieniu należało natomiast uznać za usprawiedliwione sytuacją zdrowotną i rodzinną. W sprawie wykazano zostało, iż wnioskodawczyni po porodzie, jaki miał miejsce w dniu 8 grudnia 2012 r., znajdowała się w złym stanie psychicznym i fizycznym, do którego dochodziły problemy zdrowotne dziecka (kolka, problemy z karmieniem) dodatkowo pogorszone nieszczęśliwym wypadkiem z dnia 9 stycznia 2013 r. Organ rentowy okoliczności tych, wykazanych przez wnioskodawczynię stosowną dokumentacją, nie kwestionował. Pozostawały one również w zgodzie z zasadami doświadczenia życiowego. Jednocześnie, mimo powyższej bezsprzecznie trudnej dla wnioskodawczyni sytuacji, starała się ona współpracować z organem rentowym oraz spełniać obowiązki ubezpieczeniowe, czego przykładem jest wizyta w organie rentowym w dniu 10 stycznia 2013 r. (dzień po wypadku syna i przy złym stanie zdrowia wnioskodawczyni spowodowanym zapaleniem piersi) i wyjaśnienie kwestii prowadzenia działalności gospodarczej na żądanie organu wyrażone w piśmie z dnia 2 stycznia 2013 r. Powyższą postawą wnioskodawczyni potwierdza sumienne podejście do obowiązków ubezpieczeniowych, co dodatkowo – w świetle pozostałych okoliczności – pozwala przyjąć, iż uchybienie jednemu z tych obowiązków (terminowemu opłaceniu jednej miesięcznej składki) miało charakter wypadku, nie nacechowanego złą wolą wnioskodawczyni, a było wyłącznie konsekwencją trudnej sytuacji rodzinnej i zdrowotnej w jakiej się wówczas znajdowała. W ocenie Sądu okoliczności te należało uznać za oczywiście uzasadnione, stanowiące podstawę do wyrażenia zgody na przywrócenia wnioskodawczyni terminu do opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc 12/2012. Odmiennej decyzję organu rentowego, pozbawioną jakiegokolwiek argumentacji i odniesienia się do powyższych okoliczności, należało uznać za rażąco nieprawidłową.

Uzasadnienia prawnego nie znajduje również zarzut organu rentowego w przedmiocie opłacenia spornej składki w niższej niż należna wysokości. Organ rentowy powołuje się w tym kontekście na przepis art. 18 ust. 8 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych wymagając od wnioskodawczyni uiszczenia składki w pełnej, miesięcznej wysokości. Organ rentowy zapomina natomiast, iż wobec uzyskania przez wnioskodawczynię prawa do zasiłku macierzyńskiego od dnia 8 grudnia 2012 r. – do którego wnioskodawczyni miałyby prawo po przywróceniu terminu do opłaty składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc 12/2012 r. w świetle art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2010 r., nr 77, poz. 512 ze zm.) – w sprawie znajdzie zastosowanie regulacja art. 18 ust. 10 w zw. z ust. 9 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, a zatem wysokość składki winna zostać określona i opłacona proporcjonalnie od zadeklarowanej przez wnioskodawczynię podstawy wymiaru składek, stosowanie do liczby dni kalendarzowych podlegania ubezpieczeniu. Uiszczona przez wnioskodawczynię wysokość składki była wyższa niż obliczona zgodnie z powyższą regulacją, spełniając jednakże przesłanki „składki należnej” co do wysokości (przesłanek tych nie spełnia

jedynie składka niższa niż należna). Przeciwnie stanowisko organu rentowego, pomijające przepisy art. 18 ust. 9 i 10 powołanej ustawy, było błędne.

Reasumując powyższe rozważania faktyczne i prawne, w konsekwencji uznać należało, iż organ rentowy w skażonej decyzji z dnia 22 marca 2013 r. błędnie ustalił okres podlegania przez wnioskodawczynię dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, który – po w pełni uzasadnionym przywróceniu terminu do opłaty składki za miesiąc 12/2012 r. w warunkach art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz wobec uiszczenia sporne składki w wyższej niż należna wysokości – trwał również po 30 listopada 2012 r. Wnioskodawczyni spełniała przesłanki art. 11 ust. 2 ustawy w ciągłości od 2 listopada 2012 r.

Mając na uwadze powyższe, Sąd zmienił zaskarżoną decyzję i stwierdził, iż zmienia zaskarżoną decyzję w ten sposób, że ustala iż wnioskodawczyni K. Z. podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą również po 30 listopada 2012 r., o czym orzeczono na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. Przewodnicząca

Sędzia SO Małgorzata Maleszka