

Sygn. akt: III AUa 246/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 sierpnia 2012 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi, III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący: SSA Jacek Zajązkowski (spr.)

Sędziowie: SSA Mirosław Godlewski

SSA Anna Szczepaniak-Cicha

Protokolant: stażysta Przemysław Trębacz

po rozpoznaniu w dniu 8 sierpnia 2012 r. w Łodzi

sprawy **K. M.**

przeciwko **Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych I Oddziałowi w Ł.**

o podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu,

na skutek apelacji wnioskodawczyni

od wyroku Sądu Okręgowego - Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Łodzi

z dnia 10 listopada 2011 r., sygn. akt: VIII U 70/11;

oddala apelację.

III AUa 246/12

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 6 grudnia 2010r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. stwierdził, że K. M. z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresach: od 2 stycznia 2006r. do 31 grudnia 2006r., od 1 października 2007r. do 31 października 2007r., od 1 stycznia 2010r. do 31 stycznia 2010r., od 1 maja 2010r. do 31 maja 2010r. i od 1 lipca 2010r. oraz nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresach: od 1 stycznia 2007r. do 30 września 2007r., od 1 listopada 2007r. do 31 marca 2008r., od 1 sierpnia 2008r. do 31 grudnia 2009r., od 1 lutego 2010r. do 30 kwietnia 2010r., od 1 czerwca 2010r. do 30 czerwca 2010r. W uzasadnieniu decyzji organ rentowy wskazał, że okresy, w których stwierdzono niepodleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, to okresy, w których składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe nie zostały opłacone w ustawowym terminie płatności.

W odwołaniu od powyższej decyzji K. M. wniosła o jej zmianę poprzez ustalenie, że dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej podlegała od 2 stycznia 2006r. do 31 marca 2008r. i od 1 sierpnia 2008r., ewentualnie o zwrot sprawy do ZUS celem ponownego rozpoznania sprawy.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych wnosił o oddalenie odwołania.

Sąd Okręgowy - Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Łodzi wyrokiem z dnia 10 listopada 2011r. oddalił odwołanie, orzekając jednocześnie o kosztach zastępstwa procesowego.

Rozstrzygnięcie Sądu pierwszej instancji zapadło w następującym stanie faktycznym:

K. M. prowadzi pozarolniczą działalność pod firmą (...) Biuro (...). Do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej zgłosiła się od dnia 2 stycznia 2006r. do dnia 31 marca 2008r. i od dnia 1 sierpnia 2008r.

W okresie od dnia 1 kwietnia 2008r. do dnia 31 lipca 2008r. z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej wnioskodawczyni podlegała jedynie ubezpieczeniu zdrowotnemu z uwagi na zatrudnienie w firmie (...) Biuro (...).

Na skutek przeprowadzonej przez ZUS kontroli prawomocną decyzją z dnia 5 grudnia 2008r. jeden z pracowników K. M. został wyłączony z ubezpieczeń społecznych z dniem 1 października 2007r.

K. M. został wypłacony zasiłek chorobowy za okres od 7 sierpnia 2008r. do 1 lutego 2009r., zasiłek macierzyński za okres od 2 lutego 2009r. do 21 czerwca 2009r., oraz zasiłek opiekuńczy za okresy: od 3 do 18 października 2009r., od 13 do 30 listopada 2009r., od 20 grudnia 2009r. do 4 stycznia 2010r., od 29 marca 2010r. do 9 kwietnia 2010r.

Decyzją z dnia 13 września 2010r. ZUS odmówił K. M. prawa do wypłaconych świadczeń: zasiłku chorobowego, zasiłku macierzyńskiego i zasiłku opiekuńczego za wymienionej wyżej okresy oraz zasiłku opiekuńczego nie wypłaconego za okres od 1 do 25 czerwca 2010r., jednocześnie zobowiązał do zwrotu jako nienależnie pobranych zasiłków za wymienione okresy. Od powyższej decyzji wnioskodawczyni złożyła odwołanie.

W dniu 4 października 2010r. K. M. wystąpiła z wnioskiem o wyrażenie zgody na opłacenie po terminie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiące od stycznia 2007r. do lipca 2010r. W uzasadnieniu wskazała, że opóźnienia powstały na skutek skorygowania dokumentów ZUS.

Pismem z dnia 22 października 2010 roku Dyrektor ZUS nie wyraził zgody na opłacenie po terminie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiące od stycznia 2007r. do marca 2008r., od sierpnia 2008r. do grudnia 2009r., oraz za luty, marzec, kwiecień i czerwiec 2010r.

Należne składki na ubezpieczenie społeczne, w tym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, za miesiące od stycznia do września 2007r., od listopada 2007r. do marca 2008r., od lipca 2008r. do grudnia 2009r. i od lutego do czerwca 2010r. wnioskodawczyni opłaciła w prawidłowych kwotach po ustawowym terminie płatności. W ustawowym terminie płatności składki zostały opłacone w zaniżonej wysokości, a dopłaty do nich zostały dokonane po ustawowym terminie płatności. I tak: składka za styczeń 2007r. - została uregulowana całkowicie w dniu 14 maja 2008r., - za luty 2007r. - została uregulowana całkowicie w dniu 13 czerwca 2008r., - za marzec i kwiecień 2007r. - uregulowane całkowicie 7 września 2010r.,

- za okres od maja do września 2007r., od listopada 2007r. do marca 2008r. i sierpień 2008r. - zostały uregulowane całkowicie w dniu 14 września 2010r., składki za okres od czerwca do grudnia 2009r. - zostały uregulowane całkowicie 5 października 2010r., - składka za luty 2010r. - uregulowana całkowicie 8 października 2010r.

- składki za marzec, kwiecień i czerwiec 2010r. - zostały uregulowane całkowicie w dniu 13 października 2010r.

Składki za miesiące październik 2007r., styczeń, maj, lipiec i sierpień 2010r. zostały przez wnioskodawczynię opłacone w terminie i w prawidłowej wysokości.

Zadłużenie na koncie płatnika za wyżej wymienione okresy powstało po złożeniu płatnika deklaracji i korekt dokumentów rozliczeniowych na skutek przeprowadzonej przez ZUS kontroli. Niedopłata należności z tytułu składek

powstała z uwagi na dokonany przypis składek za zatrudnionych pracowników z powodu zaniżenia podstaw wymiaru składek.

K. M. rozliczenia i wpłat składek dokonywała pod swoim NIP-em na jednym koncie wspólnym dla pracodawcy i pracowników. Zarówno składki należne za wnioskodawczynię jak i za jej pracowników są rozliczane pod jednym NIP-em (wnioskodawczyni).

W drukach wpłaty należności z tytułu składek dokonywanych przelewem na rachunek bankowy wnioskodawczyni wskazywała: wpłaty (ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, FP i FGŚP); nazwę płatnika, NIP i REGON płatnika; oznaczenie miesiąca, za który dokonywana jest wpłata.

W konsekwencji powyższych ustaleń Sąd Okręgowy stwierdził, że odwołanie jest niezasadne. Zdaniem Sądu Okręgowego, organ rentowy rozliczenia należnych składek dokonał prawidłowo i zgodnie z przepisami. Wbrew stanowisku odwołującej okoliczność, że składki za siebie opłaciła ona w obowiązującym terminie płatności nie ma żadnego znaczenia, skoro nie ma możliwości wyodrębnić wpłat składek należnych za wnioskodawczynię od wpłat dokonanych za pracowników. Wpłaty składek były bowiem dokonywane pod jedynym wspólnym dla wnioskodawczym i jej pracowników NIP-ie i rozliczane proporcjonalnie, a wnioskodawczyni dokonując wpłaty składek w żadnym poleceniu przelewu nie wskazywała własnego nazwiska, czy innych osobistych danych identyfikacyjnych, które pozwalałyby uznać że jest to wpłata tytułem składek należnej wyłącznie od niej. Przy uwzględnieniu dokonanych przez wnioskodawczynię wpłat składki na ubezpieczenia społeczne, w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, za miesiące od stycznia do września 2007r., od listopada 2007r. do marca 2008r., od sierpnia 2008r. do grudnia 2009r., od lutego 2010r. do kwietnia 2010r. i w czerwcu 2010r., zostały przez nią dokonane po obowiązującym terminie płatności.

Zgodnie z przepisami art. 11 i art. 14 ust. 1 i 2 ustawy z 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity - Dz. U. z 2009r., Nr 205, poz. 1585 ze zm.) osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega ubezpieczeniu chorobowemu na zasadzie dobrowolności, a objęcie tym ubezpieczeniem następuje poprzez zgłoszenie stosownego wniosku. Okres objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym jest uzależniony od opłacenia składki na to ubezpieczenie w ustawowym terminie. Skutkiem nieopłacenia składki w terminie i w należnej wysokości jest ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Konsekwencją nieopłacenia w ustawowym terminie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe było ustanie tego ubezpieczenia w określonych w zaskarżonej decyzji okresach.

Ponadto, mając na uwadze dotychczasowy przebieg ubezpieczenia odwołującej się, to jest liczne opóźnienia w dokonaniu wpłat oraz wcześniej stwierdzone nieprawidłowości w regulowaniu składek za pracowników (zaniżone podstawy wymiaru składek), organ rentowy zasadnie odmówił wnioskodawczyni wyrażenia zgody na opłacenie składek na ubezpieczenie chorobowe po terminie. Wobec tego, decyzja organu rentowego stwierdzająca niepodleganie wnioskodawczyni dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w wymienionych okresach była uzasadniona.

14

W apelacji ubezpieczona, reprezentowana przez pełnomocnika, zaskarżyła powyższy wyrok w całości, zarzucając:

- naruszenie przepisów prawa materialnego w odniesieniu do rozstrzygnięcia w części dotyczącej następujących okresów niepodlegania przez K. M. dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu: od stycznia 2007r. do 30 września 2007r., od 1 listopada 2007r. do marca 2008r. - poprzez oparcie rozstrzygnięcia na przepisach rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 kwietnia 2008r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek do ich poboru jest zobowiązany Zakład Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2008r. Nr 78, poz. 465 ze zm.), podczas gdy powołane rozporządzenie weszło w życie w dniu 22 maja 2008r., a więc nie obowiązywało we wskazanych wyżej okresach, zaś unormowanie tej kwestii zawierało uchylone obecnie rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 1998r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, wypłaconych zasiłków z ubezpieczeń chorobowego i wypadkowego, zasiłków innych, pielęgnacyjnych i wychowawczych oraz

kolejności zaliczania wpłat składek na poszczególne fundusze (Dz. U. Nr 165, poz. 1197, z 1999r. Nr 55, 574 oraz z 2001r. Nr 120, poz. 1281);

- naruszenie przepisów postępowania mające wpływ na treść orzeczenia w postaci błędnych ustaleń faktycznych przyjętych za podstawę rozstrzygnięcia - polegające na przyjęciu, że nie istnieje możliwość rozliczenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych dokonanej przez płatnika składek wpłaty na konto płatnika z uwzględnieniem podziału na konta poszczególnych osób ubezpieczonych albowiem podstawą takiego rozliczenia, zdaniem Sądu, jest wyłącznie dokument płatniczy, podczas, gdy możliwość takiego rozliczenia dają również deklaracje i raporty imienne oraz deklaracje korygujące i raporty imienne korygujące, a w konsekwencji istnieje możliwość dokonania ustaleń faktycznych, czy K. M. opłacała za siebie samą składki w terminie;

3. naruszenia prawa materialnego - w części dotyczącej rozstrzygnięcia o niepodleganiu przez K. M. dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu - od 1 sierpnia 2008r. do 31 grudnia 2009r., od 1 lutego 2010r. do 30 kwietnia 2010r. oraz od 1 czerwca 2010r. do 30 czerwca 2010r. - przez błędną wykładnię przepisów § 11 pkt 1, § 12 pkt 5 i § 25 pkt 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 kwietnia 2008r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, do których poboru jest zobowiązany Zakład Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2008r. nr 78, po z. 465 ze zm.) polegającą na mylnym przyjęciu, że kwoty składek na ubezpieczenie społeczne rozliczane proporcjonalnie do kwoty należnych składek na dany fundusz emerytalny, rentowy, chorobowy i wypadkowy podlegają podziałowi w odniesieniu do osób objętych wspólnym kontem rozliczeniowym płatnika, nie zaś, jak w przedmiotowej sprawie, w sytuacji możliwość zindywidualizowania niedopłaty na kontach poszczególnych ubezpieczonych w odniesieniu do każdego indywidualnego konta poszczególnego ubezpieczonego, a nadto że Zakład dokonuje zaewidencjonowania danych na koncie ubezpieczonego wyłącznie w oparciu o dokumenty płatnicze o jakich mowa w art. 47 ust. 4a ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych, nie zaś jak z przepisów wynika nadto na podstawie prawidłowych deklaracji rozliczeniowych a w szczególności raportów miesięcznych.

Wskazując na wyżej wymienione zarzuty apelująca wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku i poprzedzającej go decyzji organu rentowego oraz przekazanie sprawy bezpośrednio organowi rentowemu do ponownego rozpoznania.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja nie może odnieść skutku. Sąd Okręgowy wydał trafne rozstrzygnięcie, które znajduje uzasadnienie w całokształcie okoliczności faktycznych sprawy oraz w treści obowiązujących przepisów prawnych.

Stan faktyczny sprawy jest bezsporny, a spór dotyczy wyłącznie interpretacji przepisów prawa w odniesieniu do kwestii ewidencjonowania poszczególnych wpłat kwot składek na ubezpieczenia społeczne, w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, rozliczania kont płatników składek i wyłączenia z ubezpieczeń społecznych. Zasadniczym aktem prawnym regulującym powyższe kwestie jest ustawa z 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity - Dz. U. z 2009r., Nr 205, poz. 1585 ze zm.), a także rozporządzenia wydane na podstawie delegacji zawartej w tej ustawie. W niniejszej sprawie będą to obowiązujące do 21 maja 2008r. rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 1998r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, wypłaconych zasiłków z ubezpieczeń chorobowego i wypadkowego, zasiłków innych, pielęgnacyjnych i wychowawczych oraz kolejności zaliczania wpłat składek na poszczególne fundusze (Dz. U. Nr 165, poz. 1197 z późn. zm.) oraz obowiązujące od 22 maja 2008r. rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 18 kwietnia 2008r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, do których poboru jest zobowiązany Zakład Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2008r. nr 78, po z. 465 ze zm.).

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 ustawy z 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity - Dz. U. z 2009r. Nr 205, poz. 1585 ze zm.) objęcie dobrowolnie ubezpieczeniami następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony. Dobrowolne

ubezpieczenie chorobowe ustaje: 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 z nimi współpracujących; w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie;

3) – od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom.

W myśl art. 46 ust. 1 i art. 47 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, obowiązkiem płatnika składek jest obliczanie, rozliczanie i opłacanie należnych składek za każdy miesiąc kalendarzowy oraz przesyłanie w wyznaczonym terminie deklaracji rozliczeniowych, imiennych raportów miesięcznych oraz opłacanie składek za dany miesiąc. Terminy opłacania składek na ubezpieczenia dla osób fizycznych opłacających składkę wyłącznie za siebie został określony do 10 dnia następnego miesiąca, a dla pozostałych płatników do 15 dnia następnego miesiąca. Na podstawie art. 47 ust. 4 i 4b ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, w brzmieniu obowiązującym przed 1 stycznia 2010r., składki opłaca się na wskazane rachunki bankowe odrębnymi wpłatami, w podziale na ubezpieczenia, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych. Płatnik składek jest zobowiązany opłacać należności z tytułu składek w formie bezgotówkowej w drodze obciążenia rachunku bankowego płatnika składek. Dokument płatniczy musi zawierać w szczególności informacje o danych, o których mowa w art. 35 ust. 1 pkt 2 (to jest numery NIP i REGON), a także o tytule wpłaty oraz okresie, za jaki jest dokonywana. Brak możliwości zidentyfikowania wpłaty nie obciąża Zakładu (art. 47 ust. 6 i 7 ustawy).

Na podstawie art. 33 ust. 1 ustawy systemowej, Zakład Ubezpieczeń Społecznych prowadzi: 1) konta ubezpieczonych, z których każde jest oznaczone numerem ewidencyjnym nadanym osobie ubezpieczonej przez Rządowe Centrum (...) Powszechnego (...) (...);

2) konta płatników składek oznaczone numerem NIP, a w przypadku gdy płatnik składek nie posiada numeru NIP, do czasu jego uzyskania - numerem z krajowego rejestru urzędowego podmiotów gospodarki narodowej REGON, a jeżeli nie posiada również tego numeru - numerem PESEL lub serią i numerem dowodu osobistego albo paszportu.

Zgodnie z art. 45 ust. 1 na koncie płatnika składek m.in. ewidencjonuje się dane identyfikacyjne, numer NIP i numer identyfikacyjny REGON, prowadzone są rozliczenia należnych składek, ewidencjonuje się dane niezbędne do realizacji przez Zakład zadań zleconych odrębnymi przepisami.

W myśl przepisów §§ 6, 7 i 8 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 1998r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, wypłaconych zasiłków z ubezpieczeń chorobowego i wypadkowego, zasiłków innych, pielęgnacyjnych i wychowawczych oraz kolejności zaliczania wpłat składek na poszczególne fundusze, oznaczone wpłaty składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, dokonane przez płatnika składek w obowiązującym terminie i wysokości wynikającej z rozliczenia dokonanego w deklaracji rozliczeniowej, zalicza się na pokrycie należności zgodnie z jego dyspozycją. Jeżeli płatnik składek dokona w obowiązującym terminie wpłaty składek na ubezpieczenia społeczne, na ubezpieczenie zdrowotne lub na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, nie oznaczonej co do okresu, to wpłatę tę zalicza się w pierwszej kolejności na pokrycie należności z danego tytułu, poczynając od należności o najwcześniejszym terminie płatności, z zachowaniem w ramach wpłaty składek na ubezpieczenia społeczne pierwszeństwa zaspokojenia należności funduszu emerytalnego i otwartych funduszy emerytalnych. Jeżeli wpłata składek na ubezpieczenia społeczne nie pokrywa w pełni należności z tego tytułu rozliczonej w deklaracji rozliczeniowej za dany miesiąc kalendarzowy, to w pierwszej kolejności zalicza się ją na pokrycie należnych składek na fundusz emerytalny i należnych składek na otwarte fundusze emerytalne, do wysokości należnych składek na te fundusze. Jeżeli wpłata nie pokrywa w pełni należnych składek na fundusz emerytalny i na otwarte fundusze emerytalne, to zalicza się ją na częściowe pokrycie każdego z tych funduszy proporcjonalnie do należnych kwot. Pozostała po rozliczeniu kwota wpłaty podlega podziałowi i zaliczeniu na pokrycie składek należnych

na fundusz rentowy, fundusz chorobowy i fundusz wypadkowy, proporcjonalnie do kwot należnych składek na te fundusze, wynikających z rozliczenia dokonanego w deklaracji rozliczeniowej za dany miesiąc kalendarzowy. Jeżeli w wyniku podziału wpłaty, nie zostały pokryte w pełni należności otwartych funduszy emerytalnych, to kwota wpłaty zaliczona na pokrycie należnych składek na otwarte fundusze emerytalne, w odniesieniu do ubezpieczonych, podlega podziałowi proporcjonalnie do należnej za dany miesiąc kalendarzowy kwoty składek na otwarty fundusz emerytalny za danego ubezpieczonego, do łącznej kwoty należnych za dany miesiąc kalendarzowy składek na otwarte fundusze emerytalne. Kwoty zaliczone na fundusz emerytalny, fundusz rentowy, fundusz chorobowy i fundusz wypadkowy podlegają w odniesieniu do każdego ubezpieczonego podziałowi, proporcjonalnie do kwoty należnych składek na dany fundusz za danego ubezpieczonego do łącznej kwoty należnych składek na dany fundusz, wynikającej z rozliczenia dokonanego w deklaracji rozliczeniowej za dany miesiąc kalendarzowy. Jeżeli wpłata na ubezpieczenie zdrowotne jest niższa od wpłaty rozliczonej w deklaracji rozliczeniowej za dany miesiąc kalendarzowy, to w odniesieniu do każdego ubezpieczonego podlega ona podziałowi proporcjonalnie do należnej kwoty składek na ubezpieczenie zdrowotne za danego ubezpieczonego do łącznej kwoty należnych składek na ubezpieczenie zdrowotne, rozliczonych w deklaracji rozliczeniowej za dany miesiąc kalendarzowy.

Stosownie zaś do § 11 ust. 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 kwietnia 2008r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, do których poboru jest zobowiązany Zakład Ubezpieczeń Społecznych, ZUS 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 dokonanym przez płatnika składek na dokumencie płatniczym, o którym mowa w art. 47 ust. 4a ustawy, z uwzględnieniem § 3 ust. 4 i § 25.

W myśl § 12 ust. 1 jeżeli wpłata składek na ubezpieczenia społeczne jest niższa od kwoty należnych składek rozliczonych w deklaracji za dany miesiąc kalendarzowy, zgodnie z zasadami określonymi w § 6 ust. 1 pkt 1, w pierwszej kolejności rozlicza się ją na pokrycie należnych składek na fundusz emerytalny i na otwarte fundusze emerytalne. Jeżeli wpłata, o której mowa w ust. 1, nie pokrywa w pełni należnych składek na fundusz emerytalny i na otwarte fundusze emerytalne, rozlicza się ją na częściowe pokrycie każdego z tych funduszy, proporcjonalnie do należnych kwot /ust. 2 § 12/. Pozostała po rozliczeniu, o którym mowa w ust. 1, kwota wpłaty podlega podziałowi i zaliczeniu na pokrycie należnych składek na fundusz rentowy, fundusz chorobowy i fundusz wypadkowy, proporcjonalnie do kwot należnych składek na te fundusze, wynikających z rozliczenia dokonanego w deklaracji za dany miesiąc kalendarzowy /ust. 3 § 12/.

Kwoty składek na ubezpieczenia społeczne rozliczane na fundusz emerytalny, fundusz rentowy, fundusz chorobowy i fundusz wypadkowy podlegają w odniesieniu do każdego ubezpieczonego rozliczeniu, proporcjonalnie do kwoty należnych składek na dany fundusz dotyczących ubezpieczonego, do łącznej kwoty należnych składek na dany fundusz, wynikającej z rozliczenia dokonanego w deklaracji za dany miesiąc kalendarzowy /ust. 5 § 12/.

Przedkładając powyższe rozważania na stan faktyczny sprawy stwierdzić należy, że organ rentowy rozliczenia należnych składek dokonał prawidłowo i zgodnie z przepisami. K. M. do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej zgłosiła się od dnia 2 stycznia 2006r. do 31 marca 2008r. i od dnia 1 sierpnia 2008r. Ubezpieczona, jako płatnik, składki rozliczała i wpłacała za siebie samą oraz za swoich pracowników pod jednym NIP-em - jej własnym i było to zgodne z obowiązującymi przepisami w tym zakresie. Jednakże na skutek przeprowadzonej przez ZUS kontroli, której wynikiem było ustalenie, że podstawy wymiaru składek dla pracowników były zaniżane i skutkiem czego należne za pracowników składki były opłacane w niepełnej wysokości oraz złożenia przez wnioskodawczynię korekt dokumentów rozliczeniowych i zgłoszeniowych na koncie, które jest wspólnym dla wnioskodawczym i jej pracowników powstało zadłużenie. Niedopłata należności z tytułu składek powstała z uwagi na dokonany przypis należnych składek za zatrudnionych pracowników. W związku z tym, że składki były odprowadzane pod wspólnym NIP-em zaniżenie składek za pracowników spowodowało zaniżenie składek za pracodawcę. Kwoty wpłaconych składek na ubezpieczenia społeczne były niższe od kwoty składek należnych, w konsekwencji organ rentowy - zgodnie z zasadami określonymi odpowiednio w § 7 i 8 rozporządzenia Rady Ministrów z 30 grudnia 1998r. i w § 12 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 kwietnia 2008r. - w odniesieniu do każdego ubezpieczonego dokonał rozliczenia proporcjonalnie do kwoty należnych składek na dany fundusz dotyczący ubezpieczonego, do łącznej kwoty

należnych składek na dany fundusz, wynikającej z rozliczenia dokonanego w deklaracji za dany miesiąc kalendarzowy. Natomiast dopłaty należnych składek wnioskodawczyni dokonała już po ustawowym terminie płatności, który to termin przypadał do 15-tego dnia następnego miesiąca.

Podniesiony w apelacji zarzut jakoby nieuwzględnienia przez organ rentowy i Sąd I instancji okoliczności, że istnieje możliwość rozliczenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych dokonanej przez płatnika składek wpłaty na konto płatnika z uwzględnieniem podziału na konta poszczególnych osób ubezpieczonych albowiem podstawą takiego rozliczenia nie jest wyłącznie dokument płatniczy, ale również deklaracje i raporty imienne oraz deklaracje korygujące i raporty imienne korygujące, a w konsekwencji istnieje możliwość dokonania ustaleń faktycznych, czy K. M. opłacała za siebie samą składki w terminie, jest niezasadny. Zauważyć bowiem należy, że rozliczenie konta płatnika K. M. nastąpiło przy uwzględnieniu deklaracji i raportów korygujących. Nie ma zaś możliwości fizycznego wyodrębnienia wpłat składek należnych za wnioskodawczynię od wpłat dokonanych za pracowników, skoro wpłaty składek były dokonywane pod jedynym wspólnym dla wnioskodawczyni i jej pracowników NIP-e i rozliczane proporcjonalnie. Nie ulega przy tym wątpliwości, że przy uwzględnieniu dokonanych przez wnioskodawczynię wpłat, składki na ubezpieczenia społeczne, w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, za miesiące od stycznia do września 2007r., od listopada 2007r. do marca 2008r., od sierpnia 2008r. do grudnia 2009r., od lutego 2010r. do kwietnia 2010r. i w czerwcu 2010r., zostały przez nią dokonane po obowiązującym terminie płatności.

Reasumując stwierdzić należy, że osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega ubezpieczeniu chorobowemu na zasadzie dobrowolności, a objęcie tym ubezpieczeniem następuje poprzez zgłoszenie stosownego wniosku. Okres objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym jest uzależniony od opłacenia składki na to ubezpieczenie w ustawowym terminie. Skutkiem nieopłacenia składki w terminie i w należnej wysokości jest wyłączenie z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Tym samym, konsekwencją nieopłacenia przez wnioskodawczynię w ustawowym terminie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe było ustanie tego ubezpieczenia w określonych w zaskarżonej decyzji okresach: od 1 stycznia 2007r. do 30 września 2007r., od 1 listopada 2007r. do 31 marca 2008r., od 1 sierpnia 2008r. do 31 grudnia 2009r., od 1 lutego 2010r. do 30 kwietnia 2010r., od 1 czerwca 2010r. do 30 czerwca 2010r., a decyzja organu rentowego stwierdzająca niepodleganie wnioskodawczyni dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w wymienionych okresach była w pełni uzasadniona. Na zobowiązanym z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne spoczywa obowiązek prawidłowego wywiązywania się z konieczności płacenia składek, a co za tym idzie, czuwania nad terminowością ich płacenia, gdyby bowiem wnioskodawczyni dokonała dopłaty należnych składek w ustawowym terminie płatności, to Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie miałby podstaw do wyłączenia z ubezpieczenia.

W tym stanie rzeczy, podzielając w pełni stanowisko Sądu Okręgowego i nie znajdując podstaw do uwzględnienia apelacji, Sąd Apelacyjny, na podstawie art. 385 k.p.c. orzekł, jak w sentencji swojego wyroku.