

Sygn. akt	III AUa 1349/13
------------------	------------------------

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 3 lipca 2014 r.

Sąd Apelacyjny w Rzeszowie, III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

	Przewodniczący:	SSA Barbara Gonera
	Sędziowie:	SSA Roman Skrzypek SSA Ewa Madera (spr.)
	Protokolant	st.sekr.sądowy Maria Piekielek

po rozpoznaniu w dniu **3 lipca 2014 r.**

na rozprawie

sprawy z wniosku **T. S.**

przeciwko **Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w R.**

o podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu

na skutek apelacji wnioskodawcy

od wyroku **Sądu Okręgowego w Tarnobrzegu**

z dnia **9 sierpnia 2013 r.** sygn. akt **III U 685/13**

o d d a l a apelację.

Sygn. akt III AUa 1349/13

UZASADNIENIE

Decyzją z 18 kwietnia 2013 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział

w R., na podstawie art. 68 pkt.1 lit.a w zw. z art. 83 ust. 1 i art. 38 oraz art. 6 ust.1 pkt. 5 i art. 1 ust. 2 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, stwierdził, iż na dzień wydania decyzji T. S. nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej w okresie

od 1 do 31 grudnia 2012 r. W uzasadnieniu organ rentowy naprowadził, iż za grudzień 2012 r. wnioskodawca w obowiązującym terminie opłacił zaniżoną składkę na przedmiotowe ubezpieczenie, a dokonana przez niego dopłata uiszczona została po terminie, co z mocy prawa skutkuje ustaniem dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w grudniu 2012 r.

Skarżąc powyższą decyzję odwołaniem wnioskodawca T. S. zarzucił, iż narusza ona art. 14 ust. 2 pkt. 2 ustawy systemowej z 13 października 1998 r.,

a dalej art. 4 ust. 2 ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. W uzasadnieniu odwołujący w pierwszej kolejności przedstawił kalendarium okoliczności dotyczących stanu faktycznego sprawy, a dalej podniósł, że wyłączenie z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w spornym okresie, stanowi pomyłkę lub celowe działanie pozwanego. Podkreślił, że wyłączenie okresu od 1 do 14 grudnia 2012 r. – za który opłacił składkę w terminie - narusza art.14 ust. 2 pkt. 2 ustawy systemowej, a z kolei wyłączenie okresu od 15 do 31 grudnia 2012 r. narusza art. 4 ust. 2 ustawy zasiłkowej. W konkluzji wniósł o odrzucenie zaskarżonej decyzji.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania, podtrzymując argumentację zawartą w zaskarżonej decyzji.

Wyrokiem z 9 sierpnia 2013 r. Sąd Okręgowy Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Tarnobrzegu oddalił odwołanie wnioskodawcy.

Sąd Okręgowy ustalił, iż wnioskodawca T. S. od 1 listopada 2010 r. podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą ,mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, posiadająca orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. Od 1 czerwca 2012 r. wnioskodawca stał się niezdolny do pracy z powodu choroby i niezdolność ta była orzekana nieprzerwanie do 13 grudnia 2012 r. – łącznie 196 dni. 29 listopada 2012r. wnioskodawca wykorzystał pełny 182 - dniowy okres zasiłkowy. Po jednodniowej przerwie T. S. stał się ponownie niezdolny do pracy z powodu choroby od 15 grudnia 2012 r. i niezdolność ta była orzekana nieprzerwanie do 5 lutego 2013 r. Decyzją z 31 stycznia 2013r. pozwany Zakład odmówił wnioskodawcy prawa do otwarcia nowego okresu zasiłkowego od 15 grudnia 2012r. oraz prawa do zasiłku chorobowego za okres od 15 grudnia 2012 do 5 lutego 2013 r. Wnioskodawca odwołał się od powyższej decyzji do Sądu Rejonowego – Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Tarnobrzegu. Sąd Okręgowy ustalił również, że za grudzień 2012r. wnioskodawca opłacił składkę za ubezpieczenia chorobowe w zaniżonej wysokości, a dopłata do prawidłowej wysokości składki nastąpiła po obowiązującym terminie tj. 6 lutego 2013 r. W rezultacie powyższego organ rentowy wydał niekorzystną dla wnioskodawcy zaskarżoną decyzję z 18 kwietnia 2013 r.

W ustalonym stanie faktycznym Sąd Okręgowy uznał odwołanie T. S. za nieuzasadnione. Wskazując na treść art. 14 ust.1, ust.2 punkt 2 jak i art. 47 ust.1 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych zaznaczył, iż niekwestionowanym było, że uzupełniającą składkę za miesiąc grudzień 2012 r. wnioskodawca złożył dopiero 6 lutego 2013 r. w sytuacji, gdy już 24 stycznia 2013 r. miał on świadomość nieuiszczeniu przedmiotowej składki w pełnej wysokości. Dalej zaś uznał, że wnioskodawca nie wykazał że nie ponosi winy w niedochowaniu powyższego terminu akcentując, że podnoszone przez niego w odwołaniu, jak i w toku postępowania twierdzenia nie zasługują na wiarę, a dotyczy to również treści wniosku z 22 stycznia 2013r.o przywrócenie terminu do opłacenia składek. Reasumując uznał, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych należycie ocenił stan faktyczny i zastosował prawidłowe podstawy prawne zaskarżonej w rozpoznawanej sprawie decyzji – stwierdzając, że na dzień wydania tej decyzji tj. 18 kwietnia 2013 r. wnioskodawca nie podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej od 1 grudnia 2012 r. do 31 grudnia 2012 r.

Skarżąc powyższy wyrok apelacją wnioskodawca T. S. przypomniał chronologię zdarzeń poprzedzających wydanie przez organ rentowy niekorzystnej dla niego decyzji z 18 kwietnia 2013 r., a dalej wskazał na opłacenie w terminie składki na ubezpieczenie chorobowe za grudzień 2012 r. Wyjaśnił, iż po otrzymaniu decyzji odmawiającej prawa do zasiłku chorobowego z 31 stycznia 2013 r. złożona została 6 lutego 2013 r. korekta deklaracji rozliczeniowych i

w tym samym dniu dopłacono składki za grudzień 2012 r. Podkreślił, że zarówno korekty jak i opłaty dokonano w ustawowym terminie. Wywiódł, że składając 22 stycznia 2013 wniosek o przywrócenie terminu do opłacenia składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, nie znał jeszcze treści decyzji o odmowie przyznania prawa do zasiłku chorobowego za okres od 15 do 31 grudnia 2012r., stąd ustalenie Sądu Okręgowego, że przedmiotowy wniosek nie dotyczył wyłącznie roku 2010, jest błędny.

W konkluzji apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku oraz poprzedzającej go decyzji, przez stwierdzenie, że w okresie od 1 grudnia do 31 grudnia 2012 r. podlega on dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Sąd Apelacyjny w Rzeszowie ustalił, i zważył co następuje :

Apelacja wnioskodawcy jest nieuzasadniona i jako taka podlega oddaleniu.

Istotą sporu było ustalenie czy wnioskodawca z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, w okresie wskazanym kwestionowaną decyzją, podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Kwestia dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego uregulowana jest w ustawie z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2009r. nr 205, poz. 1585 ze zmianami). Stosownie do treści art. 14 ust.1 i ust. 2 punkt 2 powołanej ustawy, osoby prowadzące działalność gospodarczą podlegają dobrowolnie na swój wniosek ubezpieczeniu chorobowemu, objęcie którym następuje od dnia wskazanego we wniosku, ustaje natomiast między innymi od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej niż od dnia, w którym wniosek taki został złożony, jak również od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie. Przepis art. 47 ust.1 wskazuje terminy uiszczania składek, w tym także składek na dobrowolne ubezpieczenia chorobowe, określając termin dla osób fizycznych opłacających składki wyłącznie dla siebie nie później niż do 10 dnia następnego miesiąca, dla jednostek budżetowych do 5 dnia następnego miesiąca, zaś dla pozostałych płatników – do 15 dnia następnego miesiąca.

Z okoliczności niniejszej sprawy wynika, iż wnioskodawca T. S. od 1 listopada 2010r. podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, jako prowadzący pozarolniczą działalność gospodarczą, mający ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, posiadający orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. Wnioskodawca stał się niezdolny do pracy od 1 czerwca 2012r., a niezdolność ta była orzekana nieprzerwanie do 13 grudnia 2012r. tj. łącznie przez 196 dni. 29 listopada 2012r. T. S. wykorzystał zatem pełny 182 dniowy okres zasiłkowy. Po jednodniowej przerwie wnioskodawca stał się ponownie niezdolny do pracy z powodu choroby od 15 grudnia 2012 r. i niezdolność ta była orzekana nieprzerwanie do 5 lutego 2013 r. Decyzją z 31 stycznia 2013r. pozwany Zakład odmówił skarżącemu prawa do otwarcia nowego okresu zasiłkowego od 15 grudnia 2012r. oraz prawa do zasiłku chorobowego za okres od 15 grudnia 2012 do 5 lutego 2013 r. Wnioskodawca odwołał się od powyższej decyzji do Sądu Rejonowego – Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Tarnobrzegu, który prawomocnym wyrokiem z 17 lipca 2013r. w sprawie sygn. akt IV U 71/13 oddalił odwołanie.

Zgodnie z art. 18 ust. 10 powołanej ustawy zmniejszenie podstawy wymiaru składek jest możliwe jedynie w przypadku spełnienia przez ubezpieczonego warunków do przyznania zasiłku chorobowego. Z okoliczności sprawy, poza już wyżej wskazanymi faktami wynika, że organ rentowy decyzją z 30 listopada 2012r. odmówił wnioskodawcy prawa do zasiłku chorobowego od 30 listopada 2012r. do 13 grudnia 2012r. zamykając tym samym okres zasiłkowy wynoszący 182 dni. T. S. do 15 grudnia 2012r. opłacił składkę na przedmiotowe ubezpieczenie za 30 listopada 2012r. zaś 15 stycznia 2013r. opłacił składkę za okres od 1 grudnia 2013r. do 14 grudnia 2012r., a pozostałą część składki za grudzień 2012r. opłacił 6 lutego 2013r. 18 grudnia 2012r. przedłożył zaświadczenie lekarskie stwierdzające niezdolność do pracy od 15 grudnia 2012r. do 14 stycznia 2013r. W judykaturze utrwalone jest stanowisko, iż osoba składająca wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym i oczekująca świadczeń od organu rentowego, zobowiązana jest do opłacania składki na to ubezpieczenie w terminie i we właściwej wysokości. Dla zachowania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego konieczne jest zapłacenie składki należnej na to ubezpieczenie. Określenie „składki należnej” nie jest więc przypadkowe, gdyż odnoszący się do składki przymiotnik oznacza pełną składkę, a więc dla zachowania przedmiotowego ubezpieczenia nie wystarcza uiszczenie części składki. Opłacenie składki w

niepełnej wysokości jest zatem podstawą dla uznania, że zaistniały przesłanki do ustania podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z mocy prawa, od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono składki w pełnej wysokości (por. wyrok Sądu Najwyższego z 18 kwietnia 2012r. sygn. akt II UK 188/11). Jedynie złożenie wniosku o przywrócenie terminu do opłacenia składek umożliwia ewentualne kontynuowanie ubezpieczenia. Opłacenie składki po ustaniu z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia nie powoduje dalszego trwania ochrony ubezpieczeniowej z wygasłego stosunku ubezpieczenia. Ubezpieczenie to wygasa nawet w sytuacji, gdy osoba zobowiązana nie ponosi winy za nieopłacenie składki. Wyrażenie przez organ rentowy zgody na opłacenie składki po terminie sprawia natomiast, że pomimo, iż składka nie została uiszczona w terminie, dobrowolne ubezpieczenie nie ustaje. Wnioskodawca przedkładając zaświadczenie lekarskie mógł być przekonany o możliwości dokonania proporcjonalnego zmniejszenia podstawy wymiaru składki, o której stanowi powołany wyżej art. 18 ust.10 ustawy systemowej. Złożenie zaświadczenia lekarskiego nie jest jednak równoznaczne z uprawnieniem do zasiłku chorobowego. Z treści powołanego przepisu wyraźnie bowiem wynika, że możliwość jego zastosowania uzależniona jest od spełnienia przesłanek do przyznania zasiłku chorobowego. Ponieważ T. S. nie spełnił tego warunku, zapłata 6 lutego 2013r. składki uzupełniającej za grudzień 2012r. musi zostać potraktowana – wbrew temu co twierdzi wnioskodawca - jako opłacona z uchybieniem terminu określonego w art. 47 ust.1 ustawy systemowej. Termin do opłacenia przedmiotowej składki upłynął bowiem 15 stycznia 2013r. Składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe można, jak już wyżej wskazano, skutecznie opłacić tylko po przywróceniu przez Zakład terminu do jej opłacenia. Warunkiem koniecznym jest jednak złożenia stosownego wniosku w tym przedmiocie. Zarówno organ rentowy, jak i Sąd Okręgowy przyjęły, że pismo wnioskodawcy z 22 stycznia 2013r. w przedmiocie wyrażenia zgody na opłacenie składek po terminie obejmowało również składkę za grudzień 2012r., i to w sytuacji gdy sam wnioskodawca temu zaprzecza. W tym miejscu po raz kolejny stosownym wydaje się przypomnienie, iż przedmiotowe ubezpieczenie ma charakter dobrowolny, a tym samym od woli zainteresowanego tym ubezpieczeniem, zależy złożenie stosownego wniosku w omawianej wyżej kwestii. Skoro zatem powołane wyżej pismo nie obejmowało, zgodnie z twierdzeniem T. S., wniosku w przedmiocie składki za grudzień 2012r., to brak było podstaw do rozstrzygnięcia w tym zakresie przez organ rentowy oraz oceny tego stanowiska przez Sąd I instancji. Powyższe nie stoi jednak na przeszkodzie ostatecznemu zaakceptowaniu oceny prawnej Sądu Okręgowego o prawidłowości stanowiska pozwanego Zakładu zaprezentowanego w zaskarżonej decyzji o niepodleganiu przez wnioskodawcę dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 1 grudnia 2012r. do 31 grudnia 2012r., a to z uwagi na nieopłacenie w terminie składki należnej za wskazany wyżej okres. Przepisy ustawy systemowej dające możliwość korekty deklaracji rozliczeniowej i określające terminy dokonania tych korekt, z uwagi na specyfikę dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego mają, zdaniem tut. Sądu, zastosowanie w sytuacji uwzględnienia przez organ rentowy wniosku o zapłatę składki na to ubezpieczenie po terminie.

Już tylko na marginesie sprawy, w kwestii dotyczącej wniosku odwołującego o zawieszenie postępowania do czasu zakończenia postępowania administracyjnego prowadzonego w związku z wydanym 13 sierpnia 2013r. postanowieniem organu rentowego o wznowieniu postępowania w sprawie ustalania uprawnień i wypłaty zasiłków chorobowych, między innymi za okres od 1 czerwca 2012r. do 13 grudnia 2012r. oraz od 15 grudnia 2012r. do 5 lutego 2013r, tut. Sąd Apelacyjny zauważa, iż z pisma pozwanego Zakładu z 23 stycznia 2014r. wynika, że powyższe postępowanie zostało zakończone decyzją z 31 października 2013r. Ponowne postępowanie, wszczęte w zakresie wskazanym w powołanym wyżej postanowieniu, wynikało w szczególności z informacji wnioskodawcy o jego nieprzerwanej niezdolności do pracy od 1 marca 2012r. do 31 lipca 2013r. (z wyłączeniem lutego 2013r.). W trakcie tego postępowania uzyskane wyjaśnienia lekarzy leczących nie wniosły nowych okoliczności, tzn. takich, które mogłyby stanowić podstawę weryfikacji świadczeń w okresie od 1 czerwca 2012r. do 31 lipca 2013r. Tym samym żądanie T. S. o zawieszenie postępowania w niniejszej sprawie było nieuzasadnione, zaś zarzuty dotyczące braku w powołanej wyżej decyzji informacji o zakończeniu postępowania podjętego postanowieniem z 13 sierpnia 2013r., nie są przedmiotem rozpoznawanej sprawy.

Mając powyższe na uwadze orzeczono jak w sentencji na podstawie art.385 kpc.

Z.:

(...)

(...)