

Sygn. akt VII U 469/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 marca 2017 r.

**Sąd Okręgowy Warszawa - Praga w Warszawie VII Wydział Pracy
i Ubezpieczeń Społecznych**

w składzie:

Przewodniczący SSO Renata Gąsior

Protokolant Małgorzata Nakielska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 9 marca 2017 r. w Warszawie

sprawy I. S.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych (...) w W.

o podleganie ubezpieczeniom społecznym oraz na skutek skargi na bezczynność organu w przedmiocie wyrażenia zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie

na skutek odwołania I. S.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (...) w W. z dnia 7 stycznia 2016 r., nr (...)

1. oddala odwołanie,
2. oddala skargę.

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych (...) w W., decyzją z dnia 7 stycznia 2016 r., nr: (...), stwierdził, że I. S., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom/u emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu w okresach od dnia 6 czerwca 2013 r. do dnia 28 lutego 2015 r. oraz od dnia 1 marca 2015 r. do dnia 4 sierpnia 2015 r. oraz dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu w okresach od dnia 9 marca 2015 r. do dnia 31 maja 2015 r. i od dnia 31 lipca 2015 r. do dnia 4 sierpnia 2015 r.

W uzasadnieniu decyzji organ rentowy wskazał, że zgodnie z art. 14 ust. 1 i ust. 1a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 963 ze zm.) objęcie dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym, rentowym i chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony. Objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku, tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczenia emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4 cytowanej ustawy, tj. w ciągu 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia. Organ rentowy podał, że pismem z dnia 18 listopada 2015 r. ubezpieczona wniosła o zajęcie przez niego stanowiska w przedmiocie stwierdzenia okresów podlegania przez nią dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. W związku z powyższym, na podstawie wpisu w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Zakład Ubezpieczeń Społecznych ustalił, że ubezpieczona prowadzi działalność gospodarczą od dnia 6 czerwca 2013 r. do chwili obecnej. Z tego tytułu I. S. dokonała następujących zgłoszeń: od dnia 6 czerwca 2013 r. do dnia 28 lutego 2015 r. (wpływ zgłoszenia 7 czerwca 2013 r.) do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, tj. emerytalnego, rentowych, wypadkowego

i zdrowotnego, od dnia 1 marca 2015 r. do dnia 31 maja 2015 r. (wpływ zgłoszenia 9 marca 2015 r.) do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, tj. emerytalnego, rentowych, wypadkowego i zdrowotnego, od dnia 1 czerwca 2015 r. do dnia 30 czerwca 2015 r. (wpływ zgłoszenia 31 lipca 2015 r.) do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, tj. emerytalnego, rentowych, wypadkowego i zdrowotnego, od dnia 31 lipca 2015 r. do dnia 4 sierpnia 2015 r. (wpływ zgłoszenia 31 lipca 2015 r.) do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, tj. emerytalnego, rentowych, wypadkowego i zdrowotnego oraz od dnia 5 sierpnia 2015 r. (wpływ zgłoszenia 23 września 2015 r.) do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. W dniu 12 października 2015 r. do organu rentowego wpłynął dokument zgłoszeniowy (...) w formie korekty z datą powstania obowiązku ubezpieczeń społecznych od dnia 1 lipca 2015 r. Z kolei od dnia 5 sierpnia 2015 r. ubezpieczona pobiera zasiłek macierzyński i z tego tytułu podlega ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym. Mając na uwadze powyższe organ rentowy stwierdził, że z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, I. S. podlega obowiązkowym ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu w okresie od dnia 6 czerwca 2013 r. do dnia 4 sierpnia 2015 r. oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od dnia 9 marca 2015 r. do dnia 31 maja 2015 r. oraz od dnia 31 lipca 2015 r. do dnia 4 sierpnia 2015 r. (decyzja nr (...) r. z dnia 7 stycznia 2016 r. – dokumentacja zgromadzona w aktach rentowych odwołującej).

I. S., w dniu 12 lutego 2016 r. wniosła odwołanie od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (...) w W. z dnia 7 stycznia 2016 r., nr: (...), w przedmiocie stwierdzenia, że jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom/u: emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu w okresach od dnia 6 czerwca 2013 r. do dnia 28 lutego 2015 r. oraz od dnia 1 marca 2015 r. do dnia 4 sierpnia 2015 r. oraz dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu w okresach od dnia 9 marca 2015 r. do dnia 31 maja 2015 r. i od dnia 31 lipca 2015 r. do dnia 4 sierpnia 2015 r. W ocenie odwołującej, zaskarżona decyzja została wydana bez przeprowadzenia rzetelnego postępowania dowodowego w niniejszej sprawie. W pierwszej kolejności ubezpieczona zaznaczyła, że organ rentowy dokonał ustalenia okresów podlegania przez nią dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu oraz ustalił podstawę, przysługującego jej zasiłku macierzyńskiego bez wyjaśnienia okoliczności związanych z ustaniem ubezpieczenia chorobowego od dnia 1 czerwca 2015 r. W ocenie odwołującej taka praktyka organu rentowego jest niedopuszczalna, albowiem powoduje stan niepewności, co do zakresu przysługujących jej praw. Odwołująca stwierdziła także, że gdyby organ rentowy przed ustaleniem wymiaru zasiłku macierzyńskiego wydał decyzję w przedmiocie wniosku o zasiłek chorobowy w okresie ciąży, to miałaby ona możliwość ustosunkować się do tej decyzji, a więc wyjaśnić okoliczności związane z nieopłaceniem składki na ubezpieczenie chorobowe w terminie. Odwołująca zaznaczyła, iż przez pomyłkę naruszyła termin do opłacenia składek po długim okresie prowadzenia firmy i regularnego dokonywania wpłat. Wskazała, że w tym czasie przebywała na zwolnieniu lekarskim w związku z ciążą, której przebieg był zagrożony, przez co wyłącznie na tej kwestii skupiały się jej wszystkie myśli i działania. Powołując się na utrwalone orzecznictwo Sądu Najwyższego, odwołująca podkreśliła, że ustawa w sytuacji usprawiedliwienia nieterminowego opłacenia składki posługuje się pojęciem uzasadnionego przypadku. Nie wymaga jednak, aby był to przypadek szczególnie uzasadniony lub, aby były to wyjątkowe okoliczności. Nie uzależnia też wyrażenia zgody od braku winy po stronie wnioskodawcy. Wymaga jedynie, aby była to okoliczność, która obiektywnie usprawiedliwia i tłumaczy, dlaczego składka nie została opłacona w terminie. Ponadto, choć w ustawie nie zostały określone przesłanki „wyrażenia zgody” na opłacenie składki po terminie, nie oznacza to przyznania ZUS niczym nieskrepowanego uznania w uwzględnieniu lub nie wniosku przedsiębiorcy. Kryteria te powinny być sprawdzalne i sprawiedliwe. Organ rentowy powinien więc ujawnić, jakimi przesłankami kierował się wydając zaskarżoną decyzję, gdyż okoliczności te podlegają merytorycznej ocenie Sądu. Odwołująca podniosła, że dopiero po kilku tygodniach, gdy wypłata zasiłku nie następowała, dowiedziała się w organie rentowym, że kwestionowany jest okres zwolnienia i podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu. W tym czasie minął jednak termin na uiszczenie składek na ubezpieczenie społeczne. W takiej sytuacji, organ rentowy powinien jednak wydać decyzję odmowną, dotyczącą wypłaty zasiłku, zawierającą pouczenie o możliwości wnioskowania o przywrócenie terminu do opłacenia składek. Niemniej jednak, decyzja z dnia 7 stycznia 2016 r. nie wyjaśnia, na jakiej podstawie organ rentowy odmówił przyznania zasiłku chorobowego w okresie od dnia 1 czerwca 2015 r. i ustalił, że w tym okresie nie podlegała ona ubezpieczeniu chorobowemu. Powołując się na powyższe argumenty, skarżąca wniosła o zmianę zaskarżonej decyzji w całości i orzeczenie, co do istoty sprawy poprzez uznanie, że podlegała ona

dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od dnia 1 marca 2015 r. do dnia 4 sierpnia 2015 r., wobec faktu spełnienia ustawowych przesłanek (odwołanie z dnia 12 lutego 2016 r. k. 2-10 a.s.).

W odpowiedzi na odwołanie z dnia 14 marca 2016 r. **Zakład Ubezpieczeń Społecznych(...) w W.** wniósł o jego oddalenie. Uzasadniając swe stanowisko organ rentowy wskazał, że jak wynika z analizy posiadanej dokumentacji, odwołująca zgłosiła się do ubezpieczeń społecznych z dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 1 marca 2015 r., jednakże dokument zgłoszeniowy (z datą zgłoszenia do ubezpieczeń od dnia 1 czerwca 2015 r.) został przekazany do ZUS dopiero w dniu 31 lipca 2015 r. Wobec powyższego, decyzją z dnia 7 stycznia 2016 r., nr: (...), organ rentowy stwierdził, że I. S., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom/u emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu w okresach od dnia 6 czerwca 2013 r. do dnia 28 lutego 2015 r. oraz od dnia 1 marca 2015 r. do dnia 4 sierpnia 2015 r. oraz dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu w okresach od dnia 9 marca 2015 r. do dnia 31 maja 2015 r. i od dnia 31 lipca 2015 r. do dnia 4 sierpnia 2015 r. Organ rentowy podkreślił, że termin określony w art. 14 ust. 1 i ust. 1a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych został przekroczony, albowiem dokumenty zgłoszeniowe do ubezpieczenia chorobowego wpłynęły w dniach 9 marca 2015 r. (zgłoszenie do ubezpieczenia chorobowego od dnia 1 marca 2015 r.) i 31 lipca 2015 r. (zgłoszenie do ubezpieczenia chorobowego od dnia 1 czerwca 2015 r.). Organ rentowy podniósł przy tym, że zgodnie z treścią art. 14 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki na to ubezpieczenie – w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących, duchownych oraz osób wymienionych w art. 7. Jedynie w uzasadnionych przypadkach organ rentowy na wniosek ubezpieczonego może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie z zastrzeżeniem ust. 2a cyt. ustawy (odpowiedź na odwołanie z dnia 14 marca 2016 r. k. 74-75 a.s.).

W dniu 20 października 2016 r. odwołująca złożyła skargę na bezczynność organu w związku z niewydaniem przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych decyzji w przedmiocie jej wniosku z dnia 29 stycznia 2016 r. o wyrażenie zgody na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc czerwiec 2015 r. Ubezpieczona wniosła o nakazanie organowi rentowemu w terminie 14 dni wyrażenia zgody na opłacenie przez nią składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc czerwiec 2015 r., bądź orzeczenie co do istoty sprawy przez wyrażenie zgody na opłacenie ww. składki za wskazany okres czasu, a także o zasądzenie od organu rentowego na swoją rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W treści skargi odwołująca przytoczyła argumentację analogiczną, jak w treści odwołania z dnia 12 lutego 2016 r. W odpowiedzi na powyższą skargę, organ rentowy wniósł o jej oddalenie, wskazując, że w dniu 23 stycznia 2016 r. poinformował odwołującą o tym, że jej wniosek jest bezprzedmiotowy z uwagi na fakt, że została wydana decyzja o niepodleganiu przez nią w czerwcu 2015 r. dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Powyższa sprawa została zarejestrowana pod sygn. akt VII U 1702/16 (odwołanie w związku z nie wydaniem rozstrzygnięcia na skutek bezczynności organu z dnia 20 października 2016 r. k. 2-6, odpowiedź na odwołanie z dnia 21 listopada 2016 r. k. 94 – akta sprawy o sygn. VII U 1702/16).

Zarządzeniem z dnia 22 grudnia 2016 r. Sąd Okręgowy Warszawa-Praga w Warszawie na podstawie art. 219 k.p.c. połączył sprawę o sygn. VII U 1702/16 ze sprawą niniejszą celem ich łącznego rozpoznania i rozstrzygnięcia pod sygn. akt VII U 496/16 (zarządzenie z dnia 22 grudnia 2016 r. k. 101 – akta sprawy o sygn. VII U 1702/16).

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

I. S., urodzona w dniu (...), od dnia 6 czerwca 2013 r. prowadzi własną pozarolniczą działalność gospodarczą. Z tego tytułu w okresie od dnia 6 czerwca 2013 r. do dnia 28 lutego 2015 r. ubezpieczona dokonała zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, tj. emerytalnego, rentowego, wypadkowego i ubezpieczenia zdrowotnego. Organ rentowy odnotował wpływ powyższego zgłoszenia w dniu 7 czerwca 2013 r., tj. z zachowaniem wymaganego 7-dniowego terminu. Według stanu na dzień 9 lutego 2015 r. ubezpieczona nie posiadała zaległości w opłacaniu składek na ubezpieczenia społeczne (dokument (...) k. 1-2, dokument (...) k. 3 a.r., zaświadczenie o niezaleganiu w opłacaniu składek z dnia 9 lutego 2015 r. k. 13 a.s.).

We wrześniu 2014 r. ubezpieczona zaszła w ciążę. Pomimo tego, że początkowo ciąża ubezpieczonej przebiegała prawidłowo, I. S. postanowiła złożyć w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych wniosek o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 1 marca 2015 r., na wypadek wystąpienia późniejszych ewentualnych komplikacji. W tym celu, pod koniec lutego 2015 r. ubezpieczona udała się do siedziby organu rentowego w L., aby złożyć stosowny wniosek. Z racji długiego oczekiwania na przyjęcie dokumentów w związku z dużą liczbą interesantów, ubezpieczona powzięła informację o możliwości wysłania wniosku pocztą lub za pośrednictwem programu (...), pozostając w przeświadczeniu, że w takim przypadku, datą zgłoszenia do ubezpieczenia jest data wskazana na formularzu. W związku z powyższym, po powrocie do domu, ubezpieczona skontaktowała się z zaprzyjaźnioną księgową B. S., zwracając się do niej z prośbą o wysłanie w jej imieniu zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od dnia 1 marca 2015 r., na co księgowa wyraziła zgodę. Organ rentowy odnotował wpływ powyższego zgłoszenia w dniu 9 marca 2015 r., tj. z przekroczeniem wymaganego 7-dniowego terminu. Składki na ubezpieczenie odwołująca opłacała terminowo (dokument (...) k. 4, dokument (...) k. 5 a.r., potwierdzenia przelewów k. 16-32, zeznania odwołującej k. 160-163 a.s.).

W dniu 27 maja 2015 r., ubezpieczona w trakcie wykonywania badania USG dowiedziała się, że jej ciąża nie przebiega prawidłowo wobec, czego lekarz zalecił jej prowadzenie oszczędzającego trybu życia i zaprzestanie prowadzenia aktywności zawodowej. Ubezpieczona udała się więc ponownie do organu rentowego, aby potwierdzić, od kiedy objęta jest dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Po sprawdzeniu przez urzędnika jej konta ubezpieczeniowego wskazano, że tzw. „okres wyczekiwania” od zgłoszenia wniosku o objęcie I. S. ubezpieczeniem chorobowym, upływa w dniu 29 maja 2015 r. Z racji tego, że ubezpieczona miała na dzień 1 czerwca 2015 r. umówioną kontrolną wizytę lekarską, lekarz prowadzący wystawił jej zwolnienie lekarskie od dnia 1 czerwca 2015 r. Z uwagi na fakt, że stan płodu nie poprawiał się, zwolnienia lekarskie były w stosunku do ubezpieczonej przedłużane aż do dnia porodu (wynik badania USG z dnia 27 maja 2015 r. k. 33, zwolnienia lekarskie k. 34-36, zeznania odwołującej k. 160-163 a.s.).

W dniu przedłożenia przez I. S. zwolnienia lekarskiego wystawionego 22 lipca 2015 r. skontaktowała się ona z pracownikiem organu rentowego celem powzięcia informacji, czy powinna złożyć korektę dokumentacji zgłoszeniowej, a także w jakiej wysokości powinna opłacić należną składkę. Urzędnik organu rentowego, po zapoznaniu się ze stanem konta ubezpieczonej poinformował ją o tym, że korektę zgłoszeniową powinna ona zrobić po otrzymaniu wypłaty zasiłku chorobowego, zaś od chwili wystawienia zwolnienia lekarskiego, jedyną składką jaką powinna uiścić jest składka zdrowotna. W dniu 9 lipca 2015 r. ubezpieczona opłaciła więc składkę zdrowotną w należnej wysokości. W związku z brakiem otrzymania wypłaty zasiłku chorobowego, odwołująca ponownie skontaktowała się z pracownikiem organu rentowego celem wyjaśnienia wątpliwości związanych z zaistniałą sytuacją. Uzyskała wówczas informację, że wypłata zasiłków jest dokonywana pod koniec miesiąca, natomiast z jej konta ubezpieczeniowego wynika, że opłaciła składkę za miesiąc czerwiec 2015 r. Po powzięciu tej wiadomości, odwołująca nadal oczekiwała na wypłatę zasiłku, co jednak nie nastąpiło. W związku z powyższym pod koniec lipca 2015 r. ubezpieczona zatelefonowała do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i wtedy też uzyskała informację o tym, że organ rentowy zakwestionował jej okres podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 1 czerwca 2015 r., a tym samym odmówił jej prawa do zasiłku chorobowego (zeznania odwołującej k. 160-163 a.s.).

Z uwagi na zagrożoną ciążę i konieczność przebywania w domu, I. S. ponownie poprosiła zaprzyjaźnioną księgową B. S. o pomoc w wyjaśnieniu zaistniałej sytuacji oraz o dokonanie niezbędnych zgłoszeń. Wobec powyższego, B. S. zwróciła się do organu rentowego z prośbą o sprawdzenie konta ubezpieczonej i zlokalizowanie problemu. W trakcie rozmowy z pracownikiem ZUS, księgowa wyjaśniła, że zamiarem I. S. było objęcie jej ubezpieczeniem chorobowym, zaś wszystkie czynności, jakie podejmowała zawsze były zgodne z zaleceniami organu rentowego po uprzednim sprawdzeniu przez urzędnika jej stanu konta ubezpieczeniowego. W odpowiedzi na powyższe zapytanie, organ wskazał B. S., że za miesiąc czerwiec 2015 r. ubezpieczona powinna złożyć deklarację wyrejestrowującą z ubezpieczenia chorobowego, jednocześnie wskazując na konieczność uiszczenia składek za ten okres czasu pomimo opóźnienia. Wskazano także, że ubezpieczona nadal może złożyć deklarację zgłoszeniową do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od lipca 2015 r. celem objęcia jej tym ubezpieczeniem od ww. miesiąca. Postępując zgodnie z powyższym zaleceniem, ubezpieczona opłaciła składki za miesiąc czerwiec i lipiec 2015 r. Pomimo tego, decyzją z dnia 12 sierpnia 2015 r. wyłączono

odwołującą z ubezpieczeń społecznych ze względu na nieopłacenie składek za miesiące czerwiec i lipiec 2015 r. Od powyższej decyzji ubezpieczona nie złożyła odwołania do Sądu (korekty deklaracji k. 37-41, potwierdzenia przelewów k. 45, zeznania świadka B. S. k. 158-160, k. 163 a.s.).

Od dnia 2 sierpnia 2015 r. ubezpieczona przebywała w szpitalu, gdzie w dniu (...) urodziła córkę N. S.. Po wyjściu ze szpitala, I. S. złożyła w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych wnioski o wypłatę zasiłku macierzyńskiego. W dniach 16 i 18 września 2015 r. ubezpieczona otrzymała z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych dwa pisma, pierwsze z informacją o przyznaniu zasiłku macierzyńskiego oraz drugie z wezwaniem do dokonania wyrejestrowań z ubezpieczeń społecznych, w tym z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego i koniecznością zarejestrowania się tylko do ubezpieczenia zdrowotnego. W odpowiedzi na powyższe pisma, ubezpieczona dokonała niezbędnych korekt deklaracji zgłoszeniowych (oświadczenie z dnia 19 sierpnia 2015 r. k. 47, pisma z dnia 16 i 18 września 2015 r. k. 48-49, korekty deklaracji k. 51-53, zeznania odwołującej k. 160-163 a.s.).

W dniu 8 października 2015 r., tj. z chwilą otrzymania z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych środków pieniężnych tytułem zasiłku macierzyńskiego za okres od dnia 5 sierpnia 2015 r., ubezpieczona stwierdziła, że zasiłek ten został jej przyznany w kwocie niższej, aniżeli w kwocie, która przysługiwałaby jej, gdyby prawidłowo wyliczona została kwota zasiłku od zgłoszonej podstawy z uwzględnieniem podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 1 lipca 2015 r. Ponadto ubezpieczona odnotowała także brak wypłaty zasiłku chorobowego za miesiąc lipiec 2015 r. W związku z powyższym, I. S. zaczęła przeglądać dokumenty zgłoszeniowe do ZUS i zauważyła, że księgowa B. S. w zgłoszeniu do objęcia jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 1 lipca 2015 r. omyłkowo wpisała w blokach od VI do VIII formularza (...) datę 31 lipca 2015 r. zamiast daty 1 lipca 2015 r. Gdy tylko ubezpieczona zauważyła ten błąd, natychmiast złożyła stosowne korekty. Jednocześnie, aby wyjaśnić sytuację w ZUS, ubezpieczona skierowała wniosek o ponowne wyliczenie zasiłku macierzyńskiego z uwzględnieniem okoliczności sprawy, a w szczególności jej trudnej sytuacji zdrowotnej, uniemożliwiającej samodzielne złożenie dokumentów. W treści ww. pisma, ubezpieczona wskazała, że z uwagi na nadzwyczajne okoliczności, w związku z którymi doszło do niezawinionego błędnego uzupełnienia druku, organ rentowy winien uwzględnić jej wniosek o skorygowanie dokumentów zgłoszeniowych oraz jeszcze raz dokonać wyliczeń należnego jej zasiłku macierzyńskiego, tj. z uwzględnieniem faktu opłacania składki od dnia 1 lipca 2015 r. z maksymalnej podstawy oraz tego, że uchybienie w opłaceniu składki za miesiąc czerwiec nastąpiło bez jej winy, albowiem pozostawała ona w przekonaniu, że przebywając na zwolnieniu chorobowym, ww. składki nie musi opłacać (wniosek o ponowne wyliczenie zasiłku macierzyńskiego i przyznanie zasiłku w wyższej kwocie z dnia 14 października 2015 r. k. 54, korekty deklaracji k.55-56, zaświadczenie lekarskie k. 57, karta informacyjna z dnia 5 maja 2014 r. k. 58, zeznania odwołującej k. 160-163, zeznania świadka B. S. k. 158-160, k. 163 a.s.).

W piśmie z dnia 4 listopada 2015 r. organ rentowy poinformował ubezpieczoną o tym, że zgodnie z treścią art. 31 ust. 1, art. 48 ust. 1 oraz art. 49 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, podstawę zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu nie będącemu pracownikiem stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Stosownie zaś do nowego brzmienia art. 49 powołanej ustawy, jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia lub w drugim miesiącu ubezpieczenia, jeżeli pierwszy miesiąc jest niepełnym kalendarzowym miesiącem ubezpieczenia, podstawę wymiaru zasiłku dla ubezpieczonych, dla których jest określona najniższa podstawa wymiaru składek tj. dla ubezpieczonych prowadzących działalność gospodarczą stanowi najniższa podstawa wymiaru składek za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku po odliczeniu kwoty opowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na to ubezpieczenie. Powyższe przepisy stosuje się odpowiednio do zasiłku macierzyńskiego. Za przychód uważa się kwotę stanowiącą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe. Zgodnie natomiast z art. 29 ust.5 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. zasiłek macierzyński przysługuje przez okres ustalony przepisami k.p., jako okres urlopu macierzyńskiego, okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego, okres urlopu rodzicielskiego. Podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe osób prowadzących pozarolniczą działalność oraz osób z nimi współpracujących stanowi

zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek w 2014 r. kwota ta wynosiła 2.227,80zł. Składka w nowej wysokości obowiązuje od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia danego roku. Organ rentowy zaznaczył, że jak wynika z akt sprawy ubezpieczona z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej przystąpiła do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od dnia 31 lipca 2015 z kodem 0510. Odwołująca urodziła dziecko w dniu 5 sierpnia 2015 r. Wobec powyższego, jej uprawnienia do zasiłku macierzyńskiego zostały ustalone na okres od dnia 5 sierpnia 2015 r. do dnia 22 grudnia 2015 r. Zgodnie z powyższymi przepisami do ustalenia podstawy wymiaru zasiłku macierzyńskiego została zatem przyjęta najniższa podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za miesiąc lipiec 2015 tj. z miesiąca, w którym powstało prawo do zasiłku w kwocie 2.049,73 zł (2.375,40 zł.-325,67 zł. - 13,71%). Stawka dzienna świadczenia wyniosła natomiast 68,32 (2.049,73:30) (pismo z dnia 4 listopada 2015 r. k. 59 a.s.).

W dniu 9 grudnia 2015 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych (...) w W. wszczął postępowanie wyjaśniające w przedmiocie stwierdzenia i ustalenia obowiązku podlegania przez ubezpieczoną I. S. ubezpieczeniom społecznym, w którym wskazał, że kwestionuje podleganie przez nią dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od dnia 1 do dnia 30 lipca 2015 r. W wyniku zakończenia ww. postępowania wyjaśniającego, organ rentowy wydał w dniu 7 stycznia 2016 r., decyzję nr: (...), mocą, której stwierdził, że I. S., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom/u emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu w okresach od dnia 6 czerwca 2013 r. do dnia 28 lutego 2015 r. oraz od dnia 1 marca 2015 r. do dnia 4 sierpnia 2015 r. oraz dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu w okresach od dnia 9 marca 2015 r. do dnia 31 maja 2015 r. i od dnia 31 lipca 2015 r. do dnia 4 sierpnia 2015 r. (zawiadomienie o wszczęciu postępowania z dnia 9 grudnia 2015 r. k. 61-62, decyzja nr (...) r. z dnia 7 stycznia 2016 r. k. 63-64 a.s.).

W dniu 29 stycznia 2016 r. ubezpieczona, po otrzymaniu decyzji z dnia 7 stycznia 2016 r., złożyła wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc czerwiec 2015 r. po terminie w trybie art. 14 ust. 2 pkt. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. W rozpoznaniu powyższego wniosku, organ rentowy w pismach z dnia 25 kwietnia 2016 r. i z dnia 8 lipca 2016 r. wyjaśnił, że wydanie rozstrzygnięcia w przedmiocie wniosku o wyrażenie zgody na opłacenie składki za miesiąc czerwiec 2015 r. po terminie, jest bezprzedmiotowe, albowiem ubezpieczona w tym czasie nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w konsekwencji, czego nie można odnieść się do kwestii wyrażenia bądź niewyrażenia zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe (wniosek z dnia 29 stycznia 2016 r. k. 66-72, pismo z dnia 25 kwietnia 2016 r. k. 85, pismo z dnia 8 lipca 2016 r. k. 105-107 a.s.).

Ubezpieczona I. S. w dniu 12 lutego 2016 r. wniosła do tut. Sądu odwołanie od decyzji z dnia 7 stycznia 2016 r., nr: (...), inicjując tym samym niniejsze postępowanie (odwołanie z dnia 12 lutego 2016 r. k. 2-10 a.s.).

Następnie w dniu 20 października 2016 r. odwołująca złożyła skargę na bezczynność organu w związku z niewydaniem przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych decyzji w przedmiocie jej wniosku z dnia 29 stycznia 2016 r. o wyrażenie zgody na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc czerwiec 2015 r. Ubezpieczona wniosła o nakazanie organowi rentowemu w terminie 14 dni wyrażenia zgody na opłacenie przez nią składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc czerwiec 2015 r., bądź orzeczenie co do istoty sprawy przez wyrażenie zgody na opłacenie ww. składki za wskazany okres czasu, a także o zasądzenie od organu rentowego na swoją rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W treści skargi odwołująca przytoczyła argumentację analogiczną, jak w treści odwołania z dnia 12 lutego 2016 r. W odpowiedzi na powyższą skargę, organ rentowy wniosł o jej oddalenie, wskazując, że w dniu 23 stycznia 2016 r. poinformował odwołującą o tym, że jej wniosek jest bezprzedmiotowy z uwagi na fakt, że została wydana decyzja o niepodleganiu przez nią w czerwcu 2015 r. dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Powyższa sprawa została zarejestrowana pod sygn. akt VII U 1702/16 (odwołanie w związku z nie wydaniem rozstrzygnięcia na skutek bezczynności organu z dnia 20 października 2016 r. k. 2-6, odpowiedź na odwołanie z dnia 21 listopada 2016 r. k. 94 – akta sprawy o sygn. VII U 1702/16).

Zarządzeniem z dnia 22 grudnia 2016 r. Sąd Okręgowy Warszawa-Praga w Warszawie na podstawie art. 219 k.p.c. połączył sprawę o sygn. VII U 1702/16 ze sprawą niniejszą celem ich łącznego rozpoznania i rozstrzygnięcia pod sygn. akt VII U 496/16 (zarządzenie z dnia 22 grudnia 2016 r. k. 101 – akta sprawy o sygn. VII U 1702/16).

Ustalenia stanu faktycznego, Sąd Okręgowy dokonał w oparciu o akta emerytalno-rentowe odwołującej, jak również dokumenty znajdujące się w aktach niniejszej sprawy oraz sprawy o sygn. akt VII U 1702/16. Zdaniem Sądu powołane wyżej dokumenty, w zakresie w jakim Sąd oparł na nich swoje ustalenia są wiarygodne, wzajemnie się uzupełniają i tworzą spójny stan faktyczny. Nie były one przez strony kwestionowane w zakresie ich autentyczności i zgodności z rzeczywistym stanem rzeczy, a zatem okoliczności wynikające z treści tych dokumentów należało uznać za bezsporne i mające wysoki walor dowodowy. Za wiarygodne, Sąd Okręgowy uznał również zeznania odwołującej I. S. (k. 160-163 a.s.) i świadka B. S. (k. 158-160, k. 163 a.s.), jako że były one logiczne, spójne, a nadto korespondowały z materiałem rzeczowym zgromadzonym w sprawie. Co istotne, w treści powyższych zeznań odwołująca sama przyznała, że nieopłacenie przez nią w składki za miesiąc czerwiec 2015 r. na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe wynikało z pozostawania przez nią we własnym przeświadczeniu, że w trakcie przebywania na zwolnieniu lekarskim składka ta nie musi być opłacona.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Odwołanie I. S. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (...) w W. z dnia 7 stycznia 2016 r., nr: (...), jako bezpodstawne podlegało oddaleniu.

W niniejszej sprawie spór sprowadzał się do oceny, czy Zakład Ubezpieczeń Społecznych (...) w W. prawidłowo uznał, że odwołująca I. S., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresach od dnia 9 marca 2015 r. do dnia 31 maja 2015 r. i od dnia 31 lipca 2015 r. do dnia 4 sierpnia 2015 r. Odwołująca wnosila o stwierdzenie, że podlegała powyższemu ubezpieczeniu od dnia 1 marca 2015 r. do dnia 4 sierpnia 2015 r.

Stosownie do treści art. 6 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 963 ze zm.), obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym podlegają osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą oraz osoby z nimi współpracujące. Zgodnie z treścią art. 11 ust. 2 ustawy dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają na swój wniosek osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi.

Przepis art. 14 ust. 1 cytowanej wyżej ustawy stanowi, że objęcie dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym, rentowymi i chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony, z zastrzeżeniem ust. 1a. W myśl art. 14 ust. 1a ustawy - 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 tj. w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia.

W niniejszej sprawie bezspornym było, że I. S. od dnia 6 czerwca 2013 r. prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą i z tego tytułu podlega obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym w zakresie ubezpieczenia emerytalnego, rentowych (art. 6 ust 1 pkt. 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych) i wypadkowemu (art. 12 ust. 1 ustawy). W okresie od dnia 6 czerwca 2013 r. do dnia 28 lutego 2015 r. ubezpieczona dokonała zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, tj. emerytalnego, rentowego, wypadkowego i ubezpieczenia zdrowotnego. Organ rentowy odnotował wpływ powyższego zgłoszenia w dniu 7 czerwca 2013 r., tj. z zachowaniem wymaganego 7-dniowego terminu. Następnie, odwołująca postanowiła złożyć w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych wnioski o objęcie jej dalszym ubezpieczeniem, w tym dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 1 marca 2015 r. W związku z powyższym, ubezpieczona skontaktowała się z zaprzyjaźnioną księgową B. S., zwracając się do niej z prośbą o wysłanie w jej imieniu zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych, w tym do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od dnia 1 marca 2015 r., na co księgowa wyraziła zgodę. Jednakże, organ rentowy

odnotował wpływ powyższego zgłoszenia w dniu 9 marca 2015 r., tj. z przekroczeniem wymaganego 7-dniowego terminu. Odwołująca dokonała zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń z tego tytułu w dniu 9 marca 2015 roku tj. po upływie wskazanego w art. 36 ust. 4 ustawy 7-dniowego terminu od powstania obowiązku ubezpieczeń. W związku z powyższym objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym mogło nastąpić wyłącznie od dnia zgłoszenia wniosku. Jak wynika z ustalonego w sprawie stanu faktycznego – wniosek taki odwołująca się złożyła w dniu 9 marca 2015 r., a zatem prawidłowo organ rentowy stwierdził podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od tej daty. To samo dotyczyło wniosku z dnia 31 lipca 2015 r., albowiem księgowa B. S. w zgłoszeniu do objęcia I. S. dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 1 lipca 2015 r. omyłkowo wpisała w blokach od VI do VIII formularza (...) datę 31 lipca 2015 r. zamiast daty 1 lipca 2015 r. Należy podkreślić, że wskazany w art. 14 ust. 1 ustawy termin, od którego następuje objęcie danej osoby dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym, rentowymi i chorobowym charakteryzuje się tym, że po jego upływie czynność zmierzająca do określonego celu - w tym wypadku do objęcia dobrowolnymi ubezpieczeniami społecznymi w określonym czasie - staje się bezskuteczna. Termin ten nie podlega też przywróceniu, chyba że ustawodawca przewidziałby taką możliwość, czego jednak - poza specyficzną instytucją wskazaną w art. 14 ust. 1a - nie uczynił. W świetle obowiązujących przepisów objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym może nastąpić najwcześniej od dnia złożenia wniosku tj. w przypadku I. S. od dnia 9 marca 2014 roku, a następnie od dnia 31 lipca 2015 r. Wskazać także należy, że obowiązek ubezpieczenia odwołującej z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej powstał w dniu 6 czerwca 2013 r. (art.13 pkt. 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych), a wnioski z dnia 9 marca 2015 r. i z dnia 31 lipca 2015 r. nie były związane z powstaniem obowiązku ubezpieczenia lecz z jego kontynuacją.

Decyzją z dnia 12 sierpnia 2015 r. wyłączono odwołującą z ubezpieczeń społecznych ze względu na nieopłacenie składek za miesiące czerwiec i lipiec 2015 r. W tym zakresie, Sąd Okręgowy podziela pogląd wyrażony przez Sąd Apelacyjny w Krakowie, że nieopłacenie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe skutkuje z mocy art. 14 ust. 2 pkt. 2 ustawy systemowej ustaniem tego ubezpieczenia. Dobrowolne ubezpieczenie chorobowe wygasa bowiem z mocy prawa (ex lege), gdy niedotrzymany został termin zapłaty składki. Ustawodawca uznał bowiem, że osoba, która oczekuje od organu rentowego świadczeń, zobowiązana jest opłacić składkę w ustawowym terminie i prawidłowej wysokości (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 14 lutego 2013 r., III AUa). Ponadto określenie „składki należnej” nie jest 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 Sądu Najwyższego z dnia 18 kwietnia 2012 r., II UK 188/11). Powyższe wskazuje zatem jednoznacznie, że składka należna, o której mowa w art. 14 ust. 2 pkt. 2 to zadeklarowana składka i opłacona w terminie, zaś opłacanie składek obciąża ubezpieczonego. Należna składka to składka zadeklarowana w terminie i opłacona w terminie, zaś nie uiszczenie składki w terminie, lub uiszczenie jej po terminie lub w terminie, ale w niepełnej wysokości powoduje ustanie ubezpieczenia chorobowego z mocy prawa.

Mając na uwadze powyższe rozważania należy z całą stanowczością uznać, że decyzja organu rentowego z dnia 12 sierpnia 2015 r. o wyłączeniu odwołującej z ubezpieczenia chorobowego, a w konsekwencji także zaskarżona decyzja, ustalająca okresy podlegania ww. ubezpieczeniom społecznym i dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jest słuszna, zaś późniejsze uregulowanie składek nie wpływa na ich zasadność. Co więcej, opłacanie składek obciąża ubezpieczoną i nawet powoływanie się na błąd księgowej, nie usprawiedliwia błędu odwołującej, gdyż, jako osoba składająca wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym i oczekująca świadczeń od organu rentowego, zobowiązana była do opłacania składki na to ubezpieczenie w terminie i we właściwej wysokości. Z kolei korzystanie z usług księgowej, stanowiło wyłącznie narzędzie do prawidłowego złożenia wniosku i ustalenia wysokości należnych składek, co potwierdziły zarówno zeznania świadka B. S., jak i samej odwołującej złożone w toku niniejszego postępowania.

Odnosząc się natomiast do oceny, czy w niniejszej sprawie zachodziły okoliczności uzasadniające przywrócenie terminu do opłacenia składki ubezpieczeniowej po terminie, to wskazać należy, że kryteria te są różne i zależą od sytuacji faktycznych – np. siła wyższa (powódź, pożar), usprawiedliwione przyczyny wynikające z chorób. Brak

winy podlega przy tym ocenie z uwzględnieniem obiektywnego miernika staranności, jakiej można wymagać od strony dbającej należycie o swoje interesy. Przyczyna taka zachodzi wówczas, gdy dokonanie czynności w ogóle (w sensie obiektywnym) było wykluczone, jak również w takich przypadkach, w których w danych okolicznościach nie można było oczekiwać od strony, aby opłaciła składki w terminie. Odwołująca na usprawiedliwienie swego zaniechania powoływała się na sytuację zdrowotną – zagrożona ciąża, która powodowała, że nie mogła ona wykonywać jakichkolwiek czynności związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej i musiała przebywać w domu. W ocenie Sądu organ rentowy zasadnie jednak uznał, że w niniejszym przypadku przesłanki szczególne niezbędne do przywrócenia terminu nie zostały wykazane. Sąd Okręgowy po analizie dokumentacji medycznej uznał, że nie nastąpiło usprawiedliwione niedopełnienie obowiązków, albowiem odwołująca pomimo problemów zdrowotnych, nie przebywała w szpitalu, a więc nie była całkowicie pozbawiona możliwości działania w niektórych sprawach związanych z prowadzeniem ww. działalności. Wskazać także należy, że terminowe opłacenie składek na ubezpieczenia społeczne, mogło być dokonane za pośrednictwem internetowego przelewu bankowego, czyli w formie, na jaką odwołująca sama wskazywała, co nie wymagałoby od niej zbytnich nakładów wysiłku fizycznego, albowiem czynność ta mogła być wykonana bez konieczności wstawania z łóżka. Co więcej, czynność ta mogła być zrealizowana także przez członka rodziny odwołującej, który pomógłby jej w uiszczeniu składek na ubezpieczenia społeczne i dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne, czyniąc to za pośrednictwem przelewów bankowych. Jednocześnie podkreślenia wymaga, że sama ciąża nie może być usprawiedliwieniem niedopełnienia obowiązków związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą, w tym uregulowaniem należnych składek. Orzecznictwo w tym zakresie jest surowe, jeśli chodzi o osoby prowadzące działalność gospodarczą, wymagając od nich większej staranności, większego profesjonalizmu i dbania w prowadzeniu księgowości i rozliczeń względem organu rentowego. Z tych też względów także powoływanie się przez odwołującą na fakt pozostawania w błędnym przeświadczeniu, co do braku konieczności uiszczenia należnych składek za okres przebywania na zwolnieniu lekarskim nie mógł zostać przez nią skutecznie podniesiony. Ponadto wskazać także należy, na co słusznie zwrócił uwagę organ rentowy, że wniosek odwołującej o przywrócenie terminu do uiszczenia zaległych składek był bezprzedmiotowy, albowiem w miesiącu czerwcu 2016 r. ubezpieczona takim ubezpieczeniem nie podlegała, gdyż została z niego wyłączona na mocy decyzji z dnia 12 sierpnia 2015 r., od której to decyzji, ubezpieczona nie wniosła odwołania do sądu.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych prawidłowo także ustalił podstawę wymiaru zasiłku chorobowego odwołującej. Wskazać należy, że przepis przewidujący możliwość zakwestionowania prawidłowości ustalenia tej podstawy - art. 43 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa znajduje się w rozdziale 8 ustawy, regulującym zasady ustalania podstawy wymiaru zasiłków przysługujących ubezpieczonym będącym pracownikami. Odwołująca zaś do ubezpieczeń społecznych zgłosiła się z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej z kodem 0510, zatem mają do niej zastosowanie zasady ustalania podstawy wymiaru zasiłków przysługujących ubezpieczonym niebędącym pracownikami określone w rozdziale 9 ustawy. Organ rentowy prawidłowo zastosował więc przepis art. 49 ust. 1 pkt. 1 dla ustalenia podstawy wymiaru zasiłku chorobowego. Zgodnie z tym przepisem jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, podstawę wymiaru zasiłku stanowi: najniższa miesięczna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt. 4 – dla ubezpieczonych, dla których określono najniższą podstawę wymiaru składek.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Okręgowy na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. oddalił odwołanie I. S. od decyzji z dnia 7 stycznia 2016 r., nr: (...), o czym orzekł w pkt. 1 sentencji wyroku.

W dniu 20 października 2016 r. odwołująca złożyła także skargę na bezczynność organu w związku z niewydaniem przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych decyzji w przedmiocie jej wniosku z dnia 29 stycznia 2016 r. o wyrażenie zgody na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc czerwiec 2015 r. Ubezpieczona wniosła o nakazanie organowi rentowemu w terminie 14 dni wyrażenia zgody na opłacenie przez nią składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc czerwiec 2015 r., bądź orzeczenie co do istoty sprawy przez wyrażenie zgody na opłacenie ww. składki za wskazany okres czasu, a także o zasądzenie od organu rentowego na swoją

rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W treści skargi odwołująca przytoczyła argumentację analogiczną, jak w treści odwołania z dnia 12 lutego 2016 r.

Zgodnie z art. 83 ust. 3 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, środkiem odwoławczym jest skarga na bezczynność organu w razie niewydania decyzji w terminie 2 miesięcy, licząc od dnia zgłoszenia wniosku o świadczenie lub inne roszczenie (art. 476 § 3 k.p.c.). Stosownie zaś do treści art. 477⁹ § 4 k.p.c., jeżeli organ rentowy nie wydał decyzji w terminie dwóch miesięcy, licząc od dnia zgłoszenia roszczenia w sposób przepisany, odwołanie można wnosić w każdym czasie po upływie tego terminu. Z treści przywołanych przepisów wynika, że decyzja w sprawie z ubezpieczeń społecznych powinna być wydana najpóźniej w ciągu 2 miesięcy od wpływu wniosku, a nierozstrzygnięcie tego terminowo, uprawnia ubezpieczonego do złożenia odwołania do Sądu na milczenie organu rentowego, obowiązkiem zaś Sądu jest wydanie wyroku, bądź też nakazanie organowi rentowemu wydanie decyzji z określeniem dodatkowego terminu, bądź też orzeczenie, co do istoty sprawy.

W realiach rozpoznawanej sprawy odwołująca I. S. wniosła skargę na bezczynność organu rentowego z uwagi na to, że organ rentowy nie rozpatrzył jej wniosku z dnia 29 stycznia 2016 r. o wyrażenie zgody na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc czerwiec 2015 r. Skarga odwołującej nie może jednak zasługiwać na uwzględnienie. Zgromadzony materiał dowodowy, potwierdza bowiem, że organ rentowy rozpoznał przedmiotowy wniosek. W pismach z dnia 23 stycznia 2016 r., 25 kwietnia 2016 r. i z dnia 8 lipca 2016 r. organ rentowy wyjaśnił bowiem odwołującej, że powyższy wniosek jest bezprzedmiotowy z uwagi na fakt, że podlegała ona dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresach od dnia 9 marca 2015 r. do dnia 31 maja 2015 r. i od dnia 31 lipca 2015 r. do dnia 4 sierpnia 2016 r., natomiast w okresie od dnia 1 czerwca 2015 r. do dnia 30 czerwca 2015 r. nie podlegała ona dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Organ rentowy zaznaczył, że na wniosek strony wydał decyzję określającą okresy podlegania zarówno obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym jak i dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej podając w uzasadnieniu prawnym i faktycznym przesłanki rozstrzygnięcia. Wobec wskazanych okoliczności organ rentowy nie mógł jednak odnieść się do kwestii wyrażenia bądź nie wyrażenia zgody na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc czerwiec 2015 r., w którym ubezpieczona takiemu ubezpieczeniu nie podlegała. Stwierdził także, że w odpowiedzi na wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, organ rentowy nie wydaje decyzji, lecz informuje osobę zainteresowaną pismem o wyrażeniu zgody lub braku zgody na opłacenie składek po terminie na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Podkreślił, że w dniu 12 sierpnia 2015 r. wydał decyzję w przedmiocie odmowy przyznania ubezpieczonej prawa do zasiłku chorobowego za łączny okres od dnia 1 czerwca 2015 r. do dnia 7 sierpnia 2015 r. Decyzja ta została wysłana odwołującej listem zwykłym w dniu 13 sierpnia 2015 r. na adres wskazany w zaświadczeniu płatnika składek oraz figurujący w zaświadczeniach lekarskich (...) przedłożonych do Zakładu. Jednocześnie w kierowanych do organu rentowego pismach, odwołująca nie podnosiła kwestii wysokości przyznanego i wypłacanego jej zasiłku macierzyńskiego, a zatem nie można było uznać, że nie posiadała wiedzy o braku prawa do zasiłku chorobowego, a w konsekwencji, że decyzja nie została doręczona. Od powyższej decyzji ubezpieczona nie złożyła odwołania do Sądu. Należy więc stanowczo stwierdzić, że ubezpieczona miała możliwość kwestionowania na drodze sądowej prawidłowości decyzji ZUS z dnia 12 sierpnia 2015 r. i podnoszenia wszelkich zarzutów przeciwko rozstrzygnięciu zawartemu w tej decyzji, czego jednak nie uczyniła. Ponadto należy także zaznaczyć, że w sprawach z zakresu obowiązku podlegania ubezpieczeniom społecznym, zasad obliczania składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz podstawy wymiaru tych składek, Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydaje interpretacje indywidualne, z czego ubezpieczona również mogła skorzystać.

Mając na uwadze wszystkie wskazane powyżej okoliczności, Sąd Okręgowy uznał, że brak jest podstaw do uwzględnienia skargi I. S. z dnia 20 października 2016 r. w związku z niewydaniem rozstrzygnięcia na skutek bezczynności organu wobec, czego orzekł o jej oddaleniu na podstawie art. 83 ust. 3 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych a contrario (pkt. 2 wyroku).

ZARZĄDZENIE

(...)

(...)