

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 października 2021 r.

**Sąd Apelacyjny w Szczecinie III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w składzie:**

Przewodnicząca – sędzia: Urszula Iwanowska (spr.)

Sędziowie: Jolanta Hawryszko

Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk

po rozpoznaniu w dniu 6 października 2021 r., w S. na posiedzeniu niejawnym

**sprawy z odwołania K. R.**

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

**o ustalenie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu**

**na skutek apelacji organu rentowego od wyroku Sądu Okręgowego w Koszalinie IV Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 maja 2021 r., sygn. akt IV U 362/20**

**I. zmienia zaskarżony wyrok i oddala odwołanie oraz zasądza od K. R. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w K. kwotę 180 (sto osiemdziesiąt) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu;**

**II. zasądza od ubezpieczonej na rzecz organu rentowego kwotę 240 (dwieście czterdzieści) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.**

**Jolanta Hawryszko Urszula Iwanowska Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk**

**III A Ua 301/21**

## UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. decyzją z dnia 28 lutego 2020 r., nr (...) stwierdził, że K. R.:

- podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą: od 1 do 31 grudnia 2016 r., od 1 do 31 stycznia 2018 r., od 1 do 31 maja 2018 r.;
- nie podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą: od 1 do 31 grudnia 2016 r., od 1 do 31 stycznia 2018 r., od 1 do 31 maja 2018 r.

W uzasadnieniu decyzji organ wskazał, że analiza dokumentów ubezpieczeniowych dotyczących podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu wykazała, że różnice składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za 12/2016, 01/2018 i 05/2018 zostały opłacone przez K. R. po obowiązującym terminie płatności. Opłacenie różnic składek za 12/2016, 01/2018, 05/2018 nastąpiło w dniu 10 kwietnia 2019 r., a termin płatności składki za 12/2016 upływał z dniem 10 stycznia 2017 r., za 01/2018 z dniem 12 lutego 2018 r., a za 05/2018 z dniem 11 czerwca 2018 r. Z kolei decyzjami z dnia 5 listopada 2018 r., 18 stycznia 2019 r. i 4 czerwca 2019 r. Zakład zobowiązał K. R. do zwrotu nienależnie pobranych zasiłków opiekuńczych oraz zasiłku chorobowego. Powodem podjęcia tej decyzji było wykonywanie przez K. R. czynności związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą w okresie orzeczonej

niezdolności do pracy oraz obecność jej dziecka w przedszkolu w trakcie orzeczonej dla niej niezdolności do pracy z powodu sprawowania osobistej opieki nad chorym dzieckiem. Ubezpieczona wystąpiła z wnioskiem o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie na ubezpieczenie chorobowe za powyższe okresy, argumentując to tym, że zostały jej odebrane prawa do zasiłków. Zakład odmówił wyrażenia zgody wskazując, że wnioskodawczyni w krótkim okresie po rozpoczęciu prowadzenia działalności gospodarczej, zaczęła korzystać ze świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, naliczanych od maksymalnej podstawy wymiaru składek. Korzystała z nich z krótkimi przerwami od 09/2012 do 02/2018. Przeprowadzone przez Wydział Zasiłków postępowania wyjaśniające wykazały, że wykorzystywała ona świadczenia niezgodnie z ich przeznaczeniem. Zasiłek opiekuńczy był pobierany na dziecko, które w tym okresie przebywało w przedszkolu. Ponadto w okresie orzeczonej niezdolności do pracy, K. R. wykonywała czynności związane z prowadzeniem działalności gospodarczej. Powyższe okoliczności stanowiły podstawę do ustalenia okresów podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu oraz ubezpieczeniu społecznemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej.

W odwołaniu od powyższej decyzji K. R. w części, w której organ orzekł, że ubezpieczona nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, wniosła o jej zmianę i objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym jako osoby prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą w okresie od 1 do 31 grudnia 2016 r., od 1 do 31 stycznia 2018 r., od 1 do 31 maja 2018 r. oraz zasądzenia zwrotu kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych prawem zarzucając jej naruszenie art. 14 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, w związku z błędnym przyjęciem, iż ubezpieczona nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą w podanym okresie. Ubezpieczona podkreśliła, że w dacie opłacenia składki, została ona opłacona w prawidłowej wysokości, z uwzględnieniem korzystania ze zwolnienia lekarskiego. Późniejsza różnica w opłaceniu składki powstała wyłącznie z uwagi na wsteczne jej rozliczenie przez ZUS w związku z wydaniem decyzji w przedmiocie zwrotu świadczeń nienależnie pobranych.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie oraz o zasądzenie zwrotu kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych prawem podtrzymując argumentację przytoczoną w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji.

Wyrokiem z dnia 31 maja 2021 r. Sąd Okręgowy w Koszalinie IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych zmienił zaskarżoną decyzję i stwierdził, że ubezpieczona K. R. podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą w okresach: od 1 grudnia 2016 r. do 31 grudnia 2016 r., od 1 stycznia 2018 r. do 31 stycznia 2018 r. i od 1 maja 2018 r. do 31 maja 2018 r. (punkt 1) oraz zasądził od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. na rzecz ubezpieczonej K. R. kwotę 180 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego (punkt 2).

Powyższe orzeczenie Sąd Okręgowy oparł o następujące ustalenia faktyczne i rozważania prawne:

K. R. prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą z siedzibą w K., przy ulicy (...). Jest stomatologiem. Z tego tytułu podlegała do ubezpieczeń społecznych od 6 czerwca 2012 r. do 31 stycznia 2013 r., od 31 stycznia 2014 r. do 12 lipca 2015 r. i od 11 lipca 2016 r. do chwili obecnej. Z tytułu działalności gospodarczej zgłosiła się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z wysoką podstawą wymiaru składki na te ubezpieczenia. Rozliczenia składkowe są prowadzone z udziałem księgowej, która prowadzi księgowość ubezpieczonej. Składki były zawsze opłacane terminowo i w prawidłowej wysokości. Ubezpieczona nigdy nie przejawiała woli rezygnacji z podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Od 7 września 2012 r. do 31 stycznia 2013 r. korzystała z zasiłku chorobowego. Od 1 lutego 2013 r. do 30 stycznia 2014 r. korzystała z zasiłku macierzyńskiego. Od 31 stycznia do 30 lipca 2014 r., od 22 do 28 sierpnia 2014 r. korzystała z zasiłku opiekuńczego. W dniu 29 sierpnia 2014 r. korzystała z zasiłku chorobowego. Od 30 sierpnia do 24 grudnia 2014 r. korzystała z świadczenia rehabilitacyjnego. Od 29 grudnia 2014 r. do 12 lipca 2015 r. korzystała ponownie z zasiłku chorobowego, a od 13 lipca 2015 r. do 10 lipca 2016 r. ponownie korzystała z zasiłku macierzyńskiego. Od 11 lipca do 31 października 2016 r. ponownie korzystała z zasiłku chorobowego. W okresach: od 16 do 18, od 23 do 30

listopada, od 14 do 31 grudnia 2016 r., od 1 do 4, od 30 do 31 stycznia, od 1 do 3 lutego, od 15 do 16 maja, 10 sierpnia, od 21 do 25 sierpnia, od 2 do 6 października 2017 r., od 15 do 19 stycznia 2018 r., 7 do 14 lutego, od 23 do 25 maja 2018 r. pobierała ponownie zasiłek chorobowy.

Termin płatności składki za 12/2016 upływał z dniem 10 stycznia 2017 r., za 01/2018 z dniem 12 lutego 2018 r., a za 05/2018 z dniem 11 czerwca 2018 r.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. prawomocną decyzją z dnia 5 listopada 2018 r. zobowiązał K. R. do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku opiekuńczego w kwocie 1.757,10 zł, na którą złożyły się należność główna z funduszu chorobowego za okres od 22 do 28 grudnia 2016 r. w kwocie 1.563,94 zł oraz odsetki 193,16 zł z funduszu chorobowego. W uzasadnieniu wskazano, że zasiłek opiekuńczy został wypłacony na podstawie zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego niezdolność K. R. do pracy z uwagi na konieczność sprawowania osobistej opieki nad chorym dzieckiem, urodzonym (...), a po przeprowadzonym postępowaniu ustalono, że dziecko nad którym miała być sprawowana opieka było obecne w przedszkolu w dniu 27 grudnia 2016 r., w trakcie orzeczonej niezdolności do pracy.

ZUS prawomocną decyzją z dnia 18 stycznia 2019 r. zobowiązał K. R. do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku opiekuńczego oraz zasiłku chorobowego wraz z odsetkami w łącznej kwocie 1.881,45 zł, na którą złożyło się należność główna z funduszu chorobowego za okres od 15 do 19 stycznia 2018 r. i od 23 do 25 maja 2018 r. W uzasadnieniu wskazano, że w okresie orzeczonej niezdolności do pracy w powyższych okresach, odwołująca wykonywała czynności związane z prowadzoną działalnością gospodarczą.

Kwoty wskazane w obu prawomocnych decyzjach zostały przez ubezpieczoną zwrócone Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych.

Kolejną decyzją z dnia 4 czerwca 2019 r. ZUS zobowiązał K. R. do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku opiekuńczego z funduszu chorobowego za okres od 29 grudnia 2016 r. do 4 stycznia 2017 r., od 30 stycznia do 3 lutego, od 15 do 16 maja, 10 sierpnia, od 21 do 25 sierpnia, od 2 do 6 października 2017 r., od 7 do 14 lutego 2018 r. w kwocie 7.372,86 zł wraz z odsetkami od dnia doręczenia decyzji do dnia zwrotu kwoty nienależnie pobranego świadczenia. W uzasadnieniu wskazał, że z posiadanej dokumentacji wynika, iż wypłacono K. R. zasiłek opiekuńczy za wskazane wyżej okres, a wydanie decyzji z dnia 5 grudnia 2018 r. i z dnia 18 stycznia 2019 r. o zwrocie nienależnie pobranych świadczeń, spowodowało, że w okresie orzeczonej niezdolności do pracy, K. R. nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu. Składki za miesiące od 12/2016 do 02/2017, 05/2017, 08/2017, 10/2017, 02/2018 zostały opłacone w zaniżonej wysokości bądź nie zostały opłacone. W związku z powyższym wypłacone zasiłki za okres wyżej wskazane podlegają zwrotowi z odsetkami. Od tej decyzji wpłynęło odwołanie do Sądu Rejonowego w dniu 16 lipca 2019 r.

Składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe i społeczne zostały opłacone za okresy rozliczeniowe 12/2016, 01/2018, 05/2018 w dniu 10 kwietnia 2019 r.

W dniu 15 listopada 2019 r. K. R. złożyła wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, po upływie terminu do ich uiszczenia. W uzasadnieniu wskazała, że nieopłacenie składek w terminie wynikało z faktu, że ZUS z mocą wsteczną odebrał jej prawo do zasiłków opiekuńczych, co automatycznie spowodowało, że opłacane składki okazały się zaniżone. Nigdy nie wyrażała woli nieopłacania składek na ubezpieczenia społeczne, ani przerwania ciągłości ubezpieczenia. Zapłacona składka wynikała z wyciszczenia księgowego zgodnego z posiadaną na dany moment dokumentacją. W ocenie wnioskodawczyni, weryfikowanie zasadności zwolnień lekarskich po kilku latach, nie może skutkować automatycznym wyłączeniem z ubezpieczenia społecznego, albowiem nie opłacenie składki w całości, było niezawinione. Wskazała, że nie odwoływała się od wcześniejszych decyzji, z którymi się nie zgadzała, z uwagi na swoją sytuację życiową, rodzinną i osobistą, a także tym, że kwoty do zwrotu były niskie i nie chciała się angażować w spór z organem

Pismem z dnia 11 grudnia 2019 r. Zakład nie wyraził zgody na opłacenie składki po terminie, za okresy rozliczeniowe 12/2016, 01/2018, 05/2018. W uzasadnieniu wskazał, że w krótkim okresie od rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej, zaczęła korzystać ze świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, naliczanych od maksymalnej podstawy

wymiaru składek. Korzystała z nich z krótkimi przerwami od września 2012 r. do lutego 2018 r. Ponadto stwierdził, że przeprowadzone przez Wydział Zasiłków postępowania wyjaśniające wykazały, że wykorzystywała ona świadczenia niezgodnie z ich przeznaczeniem. Zasiłek opiekuńczy był pobierany na dziecko, które w tym okresie przebywało w przedszkolu. Ponadto w okresie orzeczonej niezdolności do pracy, K. R. wykonywała czynności związane z prowadzeniem działalności gospodarczej.

W dniu 31 grudnia 2019 r. ubezpieczona złożyła wniosek o wydanie decyzji dotyczącej podleganiu ubezpieczeniu społecznemu i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. W dniu 20 stycznia 2020 r. ZUS zawiadomił o wszczęciu i zakończeniu postępowania administracyjnego w sprawie ustalenia podleganiu ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej od 1 do 31 grudnia 2016 r., od 1 do 31 stycznia 2018 r., od 1 do 31 maja 2018 r. Pismem z dnia 22 stycznia 2020 r. ubezpieczona podtrzymała swoje stanowisko w sprawie twierdząc, że brak opłacania składek był wynikiem wstecznej ingerencji ZUS, która nie może wpływać na jej sytuację ubezpieczeniową. Organ rentowy wydał zaskarżoną w niniejszej sprawie decyzję.

Po ustaleniu powyższego stanu faktycznego oraz na podstawie przepisów prawa niżej powołanych Sąd Okręgowy uznał, że odwołanie zasługiwało na uwzględnienie.

Sąd pierwszej instancji zaznaczył, że przedmiotem sporu pomiędzy stronami było ustalenie prawidłowych okresów podlegania przez K. R. dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako osoby prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą. Ubezpieczeniem tym obejmuje się daną osobę na jej wniosek.

Dalej Sąd Okręgowy wskazał, że stosownie do treści art. 14 ust. 1, 1a, 2, 2a i 3 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (powoływana dalej jako: ustawa systemowa), 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. Objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane zgodnie z art. 36 ust. 4 albo 4b.

Ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe, o których mowa w ust. 1, ustają:

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

W przypadku, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, jeżeli za część miesiąca został pobrany zasiłek, ubezpieczenie chorobowe ustaje od dnia następującego po dniu, za który zasiłek ten przysługuje.

Dalej sąd pierwszej instancji podniósł, że ZUS argumentował, iż dobrowolne ubezpieczenie chorobowe dla K. R. ustało, albowiem nie opłaciła składek w terminie do ich uiszczenia. Składka ta została opłacona dopiero w 2019 r. Godzi się jednak zauważyć, że ubezpieczona w tych miesiącach wskazanych w decyzji, korzystała ze zwolnienia lekarskiego, które nie zostało wówczas w jakikolwiek sposób podważone. W takiej sytuacji nie miała obowiązku wówczas opłacać pełnej składki na ubezpieczenie chorobowe. Chociaż w przepisie art. 14 ust. 2 pkt 2 in fine ustawy systemowej przesłanki wyrażenia zgody przez ZUS na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie nie zostały określone, to należy przyjąć, że przesłankami tymi są okoliczności związane z przebiegiem samego ubezpieczenia chorobowego i przyczynami uchybienia terminu do opłacenia składki.

Zdaniem sądu meriti przepis art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej nie powinien być traktowany z nadmiernym rygoryzmem - w tym znaczeniu, że niejako automatycznie prowadzi do wyłączenia z ubezpieczenia, bez względu na okoliczności. Należy wziąć pod uwagę przypadki posiadające uzasadnienie i usprawiedliwienie, z powodu których składka nie jest uiszczona w terminie. Jako przyczyny uzasadniające wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie w rozumieniu powołanego wyżej przepisu wskazuje się m.in. chorobę ubezpieczonego, nagły wyjazd, brak pieniędzy wywołany czynnikami niezależnymi od ubezpieczonego, siłę wyższą, wypadek losowy, czy też inne okoliczności, które obiektywnie wyjaśniają, że zapłata składek w terminie była niemożliwa albo niezapłacenie ich w terminie było niezależne od woli ubezpieczonego, a samo niezapłacenie składek w terminie nie było spowodowane tylko zaniedbaniem (brakiem staranności) ubezpieczonego. Jednocześnie sąd meriti podkreślił, że zgoda na opłacenie składki po terminie nie wiąże się z koniecznością wystąpienia szczególnie uzasadnionego, wyjątkowego przypadku, czy szczególnie uzasadnionych okoliczności. Ocena zachowania osoby prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą, w kontekście przyczyn opóźnienia w zapłacie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, powinna być jednak dokonana z uwzględnieniem zawodowego i profesjonalnego miernika staranności. Błahy powód, zatem nie usprawiedliwia, nawet krótkiego opóźnienia. W przypadku zaskarżenia negatywnej decyzji organu rentowego badaniu podlegają wszystkie okoliczności, także dotyczące przebiegu ubezpieczenia. Zatem dotychczasowy sposób wywiązywania się płatnika z obowiązku opłacania składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe nie pozostaje bez wpływu na ocenę zasadności wniosku o przywrócenie uchybionego terminu. Możliwość wyrażenia zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie społeczne po terminie nie oznacza przyznania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych niczym nieskrępowanego uznania w uwzględnieniu lub nieuwzględnieniu 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.

Nadto Sąd Okręgowy wskazał, że zgodzić się także, iż w sytuacji ukształtowanej z datą wsteczną, w następstwie dokonanej korekty dokumentów w związku z wydaniem trzech decyzji ZUS o zwrocie zasiłku chorobowego i opiekuńczego za okresy korzystania ze zwolnienia lekarskiego, ocena zasadności wniosku płatnika składek o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie wymagała szczególnego potraktowania.

Zatem sąd pierwszej instancji miał na uwadze, że w powyższym okresie odwołująca korzystała ze zwolnienia lekarskiego, stąd mogła pozostawać w usprawiedliwionym przekonaniu, że jest ono właściwe i co oznacza, że przysługuje jej zasiłek chorobowy, czy też opiekuńczy. ZUS nie kwestionował wówczas powyższych okresów niezdolności do pracy K. R., wypłacając jej świadczenia z tytułu tej niezdolności. Stąd odwołująca nie miała obowiązku opłacania składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, za okres za który przedstawiała zaświadczenia o niezdolności do pracy, jeżeli nie zostały one wówczas zakwestionowane przez Zakład, a wypłacono jej w związku z tym świadczenia związane z niezdolnością do pracy. Organ rentowy dokonując obecnie kontroli okresów podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, w sposób nieusprawiedliwiony pozbawił odwołującą prawa do przywrócenia terminu do opłacenia składki na te ubezpieczenia, gdy tymczasem w spornych okresach, w ogóle nie miała obowiązku opłacenia tej składki, stąd zaniechała tej czynności. W przypadku gdy po wielu latach organ rentowy negatywnie zweryfikował niektóre okresy podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, powinien dać szansę płatnikowi składek na uregulowanie należności związanych z ich niedopłatą, tym bardziej, że odwołująca niezwłocznie dopłaciła składkę do wysokości zgodnej z przepisami prawa.

Kierując się powyższymi ustaleniami, Sąd Okręgowy na podstawie art. 477<sup>14</sup> § 2 k.p.c. zmienił zaskarżoną decyzję ZUS z dnia 28 lutego 2020 r. w ten sposób, że K. R. podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą w okresach: od 1 do 31 grudnia 2016 r., od 1 do 31 stycznia 2018 r. i od 1 do 31 maja 2018 r.

O zwrocie kosztów zastępstwa procesowego Sąd ten orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. w związku z § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 265), zasądzając od ZUS na rzecz ubezpieczonej kwotę 180 zł.

Z powyższym wyrokiem Sądu Okręgowego w Koszalinie w całości nie zgodził się Zakład Ubezpieczeń Społecznych, który w wywiedzionej apelacji zarzucił mu:

1) sprzeczność istotnych ustaleń Sądu z treścią zebranego materiału dowodowego w sprawie wskutek naruszenia przepisów postępowania, które mogło mieć wpływ na wynik sprawy, a mianowicie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej oceny zgromadzonego materiału dowodowego (niezgodnie z zasadami logiki i doświadczenia życiowego) prowadzącej do przyjęcia, że w przedmiotowej sprawie wystąpiły uzasadnione okoliczności do wyrażenia zgody na opłacenie po terminie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za grudzień 2016 r., styczeń 2018 r. i maj 2018 r., i w konsekwencji prowadzącej do uznania, iż nie doszło do ustania ubezpieczenia chorobowego w okresie od 1 do 31 grudnia 2016 r., od 1 do 31 stycznia 2018 r. i od 1 do 31 maja 2018 r. - tymczasem prawidłowa ocena materiału dowodowego, ze szczególnym uwzględnieniem faktu naruszenia przez ubezpieczoną przepisów ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (j. t. Dz. U. z 2021 r., poz. 1133), musiałaby prowadzić do stwierdzenia, iż ubezpieczenie chorobowe ustało na skutek nieopłacenia należnych składek przy braku uzasadnienia do przywrócenia ubezpieczonej terminu na opłacenie składek po terminie, w celu dalszego korzystania ze świadczeń zasiłkowych z ubezpieczenia chorobowego;

2) naruszenie prawa materialnego, a w szczególności art.14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej poprzez:

- niewłaściwą wykładnię i uznanie, że dobrowolne ubezpieczenie chorobowe nie ustało z mocy prawa po nieopłaceniu w terminie przewidzianym przez ustawę należnych składek podczas , gdy w obecnym stanie prawnym brak zapłaty całej należnej składki w terminie maksymalnie do 10 dnia następnego miesiąca skutkuje ustaniem dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego dla osób prowadzących działalność gospodarczą,

- niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie, iż korzystanie przez ubezpieczoną ze zwolnień lekarskich stanowiło uzasadnione okoliczności do przywrócenia terminu na opłatę należnych składek za grudzień 2016 r., styczeń 2018 r. i maj 2018 r., ponieważ pozostawała ona w przeświadczeniu o należności tych świadczeń - tymczasem to właśnie nieprawidłowe korzystanie przez ubezpieczoną ze świadczeń z ubezpieczenia chorobowego (czego powinna być świadoma jako osoba prowadząca od 2012 r. profesjonalną działalność gospodarczą, a więc posiadająca większą wiedzę niż przeciętni ubezpieczeni w zakresie swoich praw i obowiązków na gruncie prawa ubezpieczeń społecznych), uzasadniało odmowę wyrażenia zgody na przywrócenie terminu na opłatę należnych składek po terminie, ponieważ stanowiło zawinione działanie przeciwko ustawie o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia chorobowego w razie choroby i macierzyństwa, które to działanie nie powinno być objęte ochroną prawną, która objął ubezpieczoną sąd pierwszej instancji.

Podnosząc powyższe apelujący wniósł o:

- zmianę zaskarżonego wyroku w całości i oddalenie odwołania,

- zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego wg norm prawem przepisanych za obie instancje.

W uzasadnieniu skarżący między innymi podniósł, że przepisy ustawy systemowej, jak i przepisy ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, mają charakter przepisów bezwzględnie obowiązujących, a więc niepodlegających nadmiernej interpretacji, w szczególności z wykorzystaniem klauzul współzycia społecznego właściwych prawu cywilnemu. W ten sposób należy traktować również kwestię uznania administracyjnego organu rentowego w obszarach, w których ustawodawca taką uznaniowość dopuszcza. W takich sytuacjach ustawodawca uznał, iż zachodzi potrzeba jednostkowego podejścia do danej sprawy, jednakże nadal wykluczona jest wszelka dowolność, stosowanie zasad współzycia społecznego i zachowany jest pewien rygoryzm właściwy sprawom z zakresu ubezpieczeń społecznych ( przy czym rygoryzm ten nie może być nadmierny). Przyznana kompetencja winna być przez organ rentowy dokonywana według sprawdzalnych, sprawiedliwych kryteriów. Skutkuje to tym, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych podejmując decyzję o odmowie wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie zobowiązany jest wskazać, jakimi kierował się w tym zakresie przesłankami.

Następnie apelujący podkreślił, że w niniejszej sprawie bezspornym jest, iż składka na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiące objęte zaskarżoną decyzją zostały zapłacone przez ubezpieczoną w niepełnej wysokości, tak jakby stronie przysługiwały zasiłki chorobowe i opiekuńcze za okresy: od 22 do 28 grudnia 2016 r., od 29 grudnia 2016 r. do 4 stycznia 2017 r., od 30 stycznia do 3 lutego 2017 r., od 15 do 16 maja 2017 r., w dniu 10 sierpnia 2017 r., od 21 do 25 sierpnia 2017 r., od 2 do 6 października 2017 r., od 15 do 19 stycznia 2018 r., od 7 do 14 lutego 2018 r., od 23 do 25 maja 2018 r., w konsekwencji ubezpieczenie ustało.

Natomiast sporne jest, czy zaszły okoliczności, o których mowa w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, uzasadniające wyrażenie zgody na przywrócenie terminu na opłatę składek na ubezpieczenie chorobowe po terminie.

Organ rentowy ponownie zaznaczył, wskazując także, iż wynika to z judykatury, że: „Możliwość wyrażenia przez organ rentowy zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie społeczne po terminie nie oznacza przyznania ZUS niczym nieskrępowanego uznania w uwzględnieniu lub nieuwzględnieniu wniosku o wyrażenie zgody. Przyznana kompetencja winna być przez ZUS wykonywana według sprawdzalnych, sprawiedliwych kryteriów. Skutkuje to tym, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych podejmując decyzję o odmowie wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie zobowiązany jest wskazać, jakimi kierował się w tym zakresie przesłankami, - tak Sąd Apelacyjny w wyroku z dnia 14 marca 2019 r., III AUa 385/18.

W ocenie skarżącego w przedmiotowej sprawie organ rentowy sprostął wymienionym wymogom, a sąd pierwszej instancji dokonał błędnej, całkowicie dowolnej oceny. Rozpatrując sprawę ubezpieczoną, organ rentowy miał na uwadze wszelkie faktyczne elementy przebiegu ubezpieczenia, rzeczywiste okresy korzystania ze świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, fakt posiadania przez ubezpieczoną statusu przedsiębiorcy działającego od 2012 r., a więc osoby posiadającej większą niż przeciętnie wiedzę z zakresu praw i obowiązków związanych z ubezpieczeniami społecznymi, wreszcie okoliczności związane z naruszeniem przez ubezpieczoną przepisów związanych z korzystaniem ze świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia chorobowego w razie choroby i macierzyństwa. Organ rentowy podkreślił, że są to okoliczności obiektywne, mogą być podstawą oceny wyrażenia zgody w każdej sprawie i w stosunku do każdego ubezpieczonego. Analiza sprawy z wykorzystaniem wskazanych mierników nie pozwoliła na wyrażenie zgody na opłatę składek po terminie, ponieważ zgoda oznaczałaby sanację niedozwolonego działania ubezpieczoną na gruncie ubezpieczeń, która swoim zachowaniem doprowadziła do nadmiarowego korzystania ze świadczeń pieniężnych. W ocenie apelującego ubezpieczona prowadząca działalność gospodarczą od 2012 r. powinna przewidzieć skutki niewłaściwego wykorzystania okresów zwolnień lekarskich, musiała się liczyć z ich zwrotem, tym samym miała również wiedzę o zaniżonych składkach, które opłaciła za miesiące grudzień 2016 r., styczeń i maj 2018 r. Uznanie sądu pierwszej instancji, że ubezpieczona pozostawała w usprawiedliwionym przekonaniu o prawie do świadczeń zasiłkowych, nie znajduje oparcia w zgromadzonym materiale dowodowym. Wskazanie sądu pierwszej instancji, że organ rentowy powinien wyrazić zgodę na opłatę składek po terminie, ponieważ nie kontrolował na bieżąco okresów korzystania ze zwolnień lekarskich jest - według skarżącego - podobnie nietrafne. Zarówno ustawa systemowa w zakresie kontroli przebiegu ubezpieczenia, jak i ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, przewidują kontrolę prawidłowości zgłoszeń do ubezpieczeń oraz prawidłowości korzystania ze świadczeń pieniężnych wypłacanych z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych po zaistniałych zdarzeniach, a więc np. po przeprowadzeniu postępowania w zakresie wykorzystywania zwolnień lekarskich. Zasady dochodzenia zwrotu nienależnie pobranych z tego tytułu świadczeń zostały uregulowane w art. 84 ustawy systemowej. Kontrola, do której odniósł się Sąd, znajduje umocowanie w przepisach, jest instrumentem dbałości o prawidłowość dysponowania środkami Funduszu Ubezpieczeń Społecznych i jako taka nie może stanowić przesłanki dokonania przez Sąd negatywnej oceny wydanej przez organ rentowy odmowy wyrażenia zgody na opłatę składek po terminie, a Sąd tak właśnie bezpodstawnie ocenił działania organu rentowego.

Dalej organ rentowy podniósł, że w sprawie nie zaszły żadne miarodajne przesłanki do wyrażenia zgody na opłatę składek po terminie, wręcz przeciwnie wyrażenie takiej zgody sytuowałoby ubezpieczoną w pozycji znacznie uprzywilejowanej w stosunku do innych uczestników systemu ubezpieczeń społecznych, którzy w terminie opłacają

składki, nie korzystają w sposób nieuprawniony ze świadczeń i tylko sporadycznie spóźniają się z zapłatą składek. W końcu wyrażenie zgody na zapłatę składek po terminie w przypadku ubezpieczonej wypaczyłoby sens uznaniowości organu rentowego, dopuszczonej w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej. Jeżeli bowiem w tak ewidentnych okolicznościach, w których ubezpieczona korzysta w sposób niewłaściwy ze zwolnień lekarskich, należałoby przywrócić termin na opłacenie składek po terminie, to w konsekwencji należy stwierdzić, iż dopuszczalne jest instrumentalne tylko traktowanie ustawy systemowej i ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

Na poparcie swojego stanowiska organ rentowy zwrócił uwagę na wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 10 kwietnia 2021 r., III AUa 101/21, wskazał, iż mimo, że przesłanki wyrażenia zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie nie zostały określone przez ustawodawcę, to oczywiste jest odniesienie się do przebiegu ubezpieczenia i przyczyn uchybienia terminu. Sąd podkreślił dobrowolny charakter ubezpieczenia chorobowego dla osób prowadzących działalność gospodarczą, a w konsekwencji wskazał, że skoro powstanie tego ubezpieczenia zależy od woli ubezpieczonego, a warunkiem trwania tego ubezpieczenia jest terminowe opłacanie należnych składek, to dotychczasowy sposób wywiązywania się płatnika z tego obowiązku nie pozostaje bez wpływu na ocenę zasadności uwzględnienia wniosku o przywrócenie uchybionego terminu. Sąd zwrócił jednak uwagę, że równie istotne są inne okoliczności, a w szczególności przyczyny nieterminowego opłacenia danej składki. Sąd podkreślił także co istotne, iż nie zająd przesłanki do wyrażenia zgody, jeżeli nie ma żadnego racjonalnego usprawiedliwienia.

Zdaniem skarżącego w niniejszej sprawie nie zaistniały żadne racjonalne podstawy do wyrażenia zgody na zapłatę składek po terminie. W poglądzie ukształtowanego orzecznictwa można uznać, iż opłata składek po terminie jest zasadna, jeżeli uchybienie terminowi było jednostkowe, sporadyczne związane z uzasadnioną niemożnością zapłaty w terminie. Tym samym można uznać, iż dotyczył będzie sytuacji niezależnych od ubezpieczonego, niezależnych od jego staranności w sprawie.

Ponadto w sprawie będącej przedmiotem niniejszej apelacji, w ocenie organu rentowego całokształt przebiegu dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego K. R., schemat korzystania ze zwolnień lekarskich praktycznie od początku prowadzenia działalności gospodarczej i chęć utrzymania ubezpieczenia chorobowego dla celów dalszego korzystania ze świadczeń zasiłkowych, nie mogą pozostać bez znaczenia przy wyrażeniu zgody na przywrócenie terminu na opłatę należnych składek po terminie. Ubezpieczona w sposób konsekwentny korzystała z długotrwałych świadczeń zasiłkowych, które w świetle art. 17 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa uznane zostały za nienależne, co zostało stwierdzone decyzjami zasiłkowymi z dnia 5 listopada 2018 r., z dnia 18 stycznia 2019 r. i z dnia 4 czerwca 2019 r.

Wbrew twierdzeniu Sądu nie można przyjąć, że ubezpieczona nie miała wiedzy, iż świadczenia zasiłkowe jej nie przysługują. Trudno dać wiarę, że osoba, która w sposób umiejętny korzystała przez wiele lat z takich świadczeń, a zatem osoba posiadająca bardzo profesjonalną wiedzę jak stosować przepisy ustawy o świadczeniach pieniężnych (...) w celu otrzymania zasiłków, nie wiedziała w jakich sytuacjach następuje utrata prawa do tych świadczeń i jaki skutek to wywiera na schemat podlegania do ubezpieczenia chorobowego. W tym miejscu skarżący wskazał na wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 września 2020 r., I UK 98/19, w którym wypowiedając się w temacie braku wiedzy świadczeniobiorczyni o wpływie nieuprawnionego korzystania z zasiłków na schemat przebiegu ubezpieczeń Sąd wskazał: „Co do kwestii braku pełnego rozeznania sytuacji prawnej wnioskodawczyni oraz długiego okresu karencji w nabyciu prawa przez osoby prowadzące pozarolniczą działalność w kontekście skutków zwrotu zasiłków chorobowych, które mogłyby spowodować nieproporcjonalnie negatywne dla wnioskodawczyni konsekwencje, należy wziąć pod uwagę, że decyzja ZUS została wywołana przez zawinione działanie wnioskodawczyni”. Na gruncie powyższego, analizując całokształt sprawy zarówno od strony przebiegu ubezpieczeń, jak i okresów pobierania zasiłków przez ubezpieczoną, brak jest podstaw do ustalenia - jak to uczynił sąd pierwszej instancji, iż brak ciągłości ubezpieczenia chorobowego ubezpieczonej wynika z działania ZUS, nie zaś z nieprawidłowego korzystania przez ubezpieczoną z zasiłków. Taka ocena nie znajduje uzasadnienia, jest sprzeczna z przytaczanymi w apelacji aktami prawnymi, a przede wszystkim podważa ustawową działalność ZUS polegającą przeciw m.in. na kontroli prawidłowości wypłaty świadczeń. Nie można było zatem pominąć zachowania ubezpieczonej przy ocenie zasadności wyrażenia zgody na



przywrócenie terminu na zapłatę należnych składek po terminie, co doprowadziło do wydania prawidłowej decyzji o braku ubezpieczenia w okresach objętych decyzją.

Jednocześnie apelujący zaznaczył, że przepis art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej był przedmiotem wykładni Sądu Najwyższego i sądów apelacyjnych. W aktualnym orzecznictwie sądowym dominuje pogląd, który organ rentowy w całości podziela, że użyte w art. 14 ust. 2 pkt 2 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. Przyjmuje się, że w zawartym w tym przepisie sformułowaniu "nieopłacenie w terminie składki należnej" mieszczą się trzy sytuacje: nieopłacenie w terminie składki w ogóle za dany miesiąc, opłacenie składki w niepełnej wysokości (jak ma to miejsce w niniejszej sprawie) oraz opłacenie składki z przekroczeniem terminu. Jeżeli zatem opłacona składka nie jest należna, a więc mniejsza niż należna, to dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje z mocy prawa, a więc niezależnie od woli ubezpieczonego (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 kwietnia 2012 r., II UK 188/11; wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 23 kwietnia 2013 r., III AUa 1067/12; wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 10 listopada 2015 r., III AUa 1854/14; wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 1 grudnia 2016 r., III AUa 329/16; wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 8 lutego 2018 r., III AUa 647/17; wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 16 maja 2019 r., III AUa 104/17). Przepis art. 14 ust. 2 ustawy zawiera trzy odrębne podstawy ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, przy czym tylko przyczynę wskazaną w ust. 2 pkt 1 (złożenie wniosku) można wprost utożsamiać z wyrazem woli ubezpieczonego co do ustania ubezpieczenia. W tym wypadku rzeczywistość o ustaniu ubezpieczenia decyduje wyłącznie wola samego ubezpieczonego. Natomiast w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej ustawodawca powołuje się jedynie na sam fakt nieopłacenia należnej składki w terminie, w żaden sposób nie odwołując się do przyczyny takiego stanu rzeczy oraz do intencji czy woli ubezpieczonego w zakresie kontynuowania, bądź nie, dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

W tych okolicznościach, uwzględniając wykładnię przepisu art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej zaprezentowaną powyżej według skarżącego należy uznać, że dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonej prowadzącej pozarolniczą działalność, ustało z mocy prawa od 1 grudnia 2016 r., od 1 stycznia 2018 r. i od 1 maja 2018 r. z powodu opłacenia składki na to ubezpieczenie za wskazane miesiące w zaniżonej wysokości (tak jakby w tych okresach zasiłki z ubezpieczenia chorobowego przysługiwały).

Jednocześnie w ocenie organu rentowego w niniejszej sprawie nie zachodzą żadne szczególne okoliczności przemawiające za uwzględnieniem wniosku ubezpieczonej o wyrażenie zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie.

W odpowiedzi na apelację K. R. działając przez pełnomocnika wniosła o jej oddalenie oraz o zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych wraz z odsetkami podnosząc, że wyrok sądu pierwszej instancji jest w pełni uzasadniony co oznacza, iż brak jest podstaw do jego zmiany.

Ubezpieczona podziela stanowisko sądu pierwszej instancji, iż korekta przez ZUS dokumentów po wielu latach czyni praktycznie niemożliwym udowodnienie swoich twierdzeń (np. brak dokumentów w przedszkolu), a przede wszystkim powoduje lawinową zmianę w podleganiu ubezpieczeniu w kolejnych okresach co powoduje niestabilność podlegania ubezpieczeniu i brak właściwej ochrony ubezpieczonych. Zdaniem strony utrata ubezpieczenia winna zawsze wiązać się z wolą utraty ubezpieczenia i świadomym zaprzestaniu płatności składek. Natomiast w niniejszej sprawie ubezpieczona pozostawała w świadomości, iż jest uprawniona do skorzystania z ubezpieczenia społecznego i stąd składała kolejne wnioski o przyznanie świadczeń. Ubezpieczona ponosi obecnie konsekwencje opieszałości działania organu, który weryfikuj dokumenty po wielu latach doprowadzając do zapętlenia sytuacji ubezpieczonych. Sąd pierwszej instancji w sposób właściwy, zgodny z zasadami współżycia społecznego i ideą ubezpieczeń społecznych ocenił sytuację ubezpieczonej uznając, iż odmowa opłacenia składki po terminie była nieuzasadniona.

Dalej ubezpieczona podniosła, że organ przyjął, iż fakt posiadania statutu przedsiębiorcy winien skutkować większą znajomością przepisów pomijając w tym względzie całkowicie stan faktyczny w niniejszej sprawie tj. iż ubezpieczona nie miała szans zapłacenia należnej składki w terminie, ponieważ wysokość tej składki wynika z

korekty dokumentów przez ZUS. Powyższe oznacza, iż w dacie opłacania składki, ubezpieczona zapłaciła należną składkę, natomiast przepisy nie regulują sytuacji co się dzieje ze składką w sytuacji zmiany jej wysokości w związku z korektą podlegania ubezpieczeniu przez organ. Przepisy ubezpieczeń społecznych należą do jednych z najtrudniejszych, jeśli chodzi o wykładnię, często sądy powszechne nie zgadzają się z pierwotnymi wykładniami ZUS, a Trybunał Konstytucyjny wielokrotnie wskazywał na niekonstytucyjność przepisów systemu ubezpieczeń społecznych. Oczekiwanie, iż przedsiębiorca przewidzi zachowanie ZUS za 3 lata, będzie miał dostęp do wszystkich niezbędnych dokumentów w tym przechowywanych przez inne instytucje albo będzie miał w ogóle wpływ na ich prowadzenie (np. lista odbioru dzieci) jest niczym nieuzasadnione i świadczy o braku zrozumienia realiów prowadzenia działalności gospodarczej.

Ubezpieczona podkreśliła, że nie wiedziała, iż zwrot należności będzie miał konsekwencje w postaci wyłączenia z ubezpieczenia społecznego albowiem w decyzjach organu nie ma takich pouczeń. Dodatkowo ubezpieczona nie wiedziała, iż wyłączenie z jednego okresu będzie wpływało na wyłączenie w kolejnych okresach co spowoduje spiralę wyłączeń. Trudno się więc zgodzić z organem, iż przymiot „przedsiębiorcy” rodzi konsekwencje posiadania większej wiedzy niż przeciętny obywatel.

Zdaniem ubezpieczonej, za kompletnie niezrozumiałe należy uznać twierdzenia organu, iż schemat korzystania z ubezpieczeń społecznych sugeruje, że ubezpieczona prowadzi działalność gospodarczą jedynie w celu korzystania ze świadczeń chorobowych. Takie twierdzenie doprowadza do sytuacji, w której matki z góry są narażone na wręcz obraźliwe insynuacje organów. Ubezpieczona jest matką dwójki dzieci, które chorowały i co jest raczej normalnym zjawiskiem, a z racji ich związania z mamą tylko ona mogła sprawować nad nimi opiekę w okresie choroby. Twierdzenia organu sugerują, iż żadna kobieta nie powinna prowadzić działalności gospodarczej albowiem chcąc nie chcąc to najczęściej matki sprawują opiekę nad dziećmi w okresie ich choroby i to tylko one mogą korzystać ze zwolnień lekarskich w okresie ciąży.

Organ stoi na stanowisku, iż ubezpieczona winna opłacić składkę należną przy czym ubezpieczona wskazuje, iż składkę należną w terminie płatności, uregulowała. Wysokość nowej składki należnej została ustalona kilka lat później na co ubezpieczona nie miała wpływu.

Podsumowując ubezpieczona przywołała wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 26 stycznia 2021 r., III AUa 861/20, w którym wskazano, że „Oceniając wskazaną sytuację, Sąd zwrócił uwagę, iż zgodnie z ugruntowanym już orzecznictwem "tylko zaniechanie zapłaty składki w terminie wyraża wolę zaprzestania podleganiu ubezpieczeniu, opłacenie zaś składki wiąże się zawsze z wolą jego kontynuowania, dlatego opłaceniu składki w niższej od należnej wysokości nie należy nadawać znaczenia powodującego ustanie ubezpieczenia, wbrew woli ubezpieczonego” (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 2015 r., II UK 443/14; wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 4 grudnia 2018 r., III AUa 640/18; z dnia 6 kwietnia 2020 r., III AUa 673/19 i z dnia 25 września 2019 r., III AUa 385/19). W konsekwencji nieopłacenie składki w pełnej wysokości (i jej uzupełnienie) nie skutkuje ustaniem dobrowolnego ubezpieczenia w rozumieniu art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej. Na podobnym stanowisku stanął Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z dnia 22 grudnia 2020 r., III AUa 373/20, „Opłacenie przez ubezpieczoną składki w niepełnej wysokości nie wyczerpuje przesłanki ustania ubezpieczenia jako "nieopłacenie" składki, lecz może być ewentualnie podstawą do stosowania przez organ rentowy sankcji określonych w art. 24 u.s.u.s., np. wymierzenia dodatkowej opłaty lub pociągać konieczność zapłacenia odsetek”.

### ***Sąd Apelacyjny rozważył, co następuje:***

Apelacja organu rentowego okazała się uzasadniona i skutkowałą wydaniem przez Sąd odwoławczy orzeczenia o charakterze reformatoryjnym.

Sąd Apelacyjny podzielił ustalenia dokonane przez Sąd Okręgowy, przyjmując je za własne, zważywszy że fakty nie budzą wątpliwości stron. Bezspornie bowiem składka na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiące objęte

zaskarżoną decyzją, tj. za grudzień 2016 r., styczeń 2018 r. i maj 2018 r., została zapłacona przez ubezpieczoną w niepełnej wysokości.

Nie było też między stronami sporu, co do pozostałych okoliczności związanych z tym zaniechaniem. W ocenie Sądu Apelacyjnego, słusznie apelujący zarzucił, że doszło do naruszenia prawa materialnego - art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, przez niewłaściwą subsumpcję tego przepisu. Sąd Okręgowy błędnie bowiem zinterpretował okoliczności sprawy w kontekście przesłanek zawartych we wskazanym przepisie, mianowicie wadliwie przyjął, że zachodzi uzasadniony przypadek, uzasadniający przywrócenie ubezpieczonej terminu do opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za podane okresy.

W przekonaniu Sądu Apelacyjnego nie ma najmniejszych wątpliwości, że należności publicznoprawne należy opłacać w terminie. Lektura art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej prowadzi zaś do konkluzji, że wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie społeczne po terminie może być uwzględniony przez organ rentowy nie tylko w wyjątkowych i szczególnych okolicznościach, lecz w każdym przypadku, gdy nieopłacenie składki w terminie jest obiektywnie usprawiedliwione. Ustawodawca nie zdecydował się na zamknięty katalog okoliczności uzasadniających wyrażenie zgody, co jest oczywiste, jednak wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie nie oznacza tu pełnej dowolności.

Ogólnie, jako przyczyny uzasadniające wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie wskazuje się w judykaturze chorobę, wypadek losowy, brak środków pieniężnych wywołany czynnikami niezależnymi od ubezpieczonego, siłę wyższą, czy też inne okoliczności, które obiektywnie wyjaśniają, że zapłata składek w terminie była niemożliwa albo niezapłacenie ich w terminie było niezależne od woli ubezpieczonego, a samo niezapłacenie składek w terminie nie było spowodowane tylko zaniechaniem (brakiem staranności) ubezpieczonego. Ocena zachowania osoby prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą, w kontekście przyczyn opóźnienia w zapłacie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, powinna być jednak dokonana z uwzględnieniem zawodowego i profesjonalnego miernika staranności. Błahy powód, zatem nie usprawiedliwia, nawet krótkiego (jednodniowego) opóźnienia. W przypadku zaskarżenia negatywnej decyzji organu rentowego badaniu podlegają wszystkie okoliczności, także dotyczące przebiegu ubezpieczenia (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 13 kwietnia 2017 r., I UK 144/16 oraz z dnia 19 stycznia 2016 r., I UK 35/15).

Rację ma apelujący, iż rozpatrując sprawę ubezpieczonej, organ rentowy miał na uwadze wszelkie faktyczne elementy przebiegu ubezpieczenia, rzeczywiste okresy korzystania ze świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, fakt posiadania przez ubezpieczoną statusu przedsiębiorcy działającego od 2012 r., wreszcie okoliczności związane z naruszeniem przez ubezpieczoną przepisów związanych z korzystaniem ze świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia chorobowego w razie choroby i macierzyństwa.

Przypomnieć należy, że w polskim powszechnym systemie ubezpieczeń społecznych obowiązuje zasada solidaryzmu społecznego. W niniejszej sprawie, dla pełnej oceny przesłanek przywrócenia terminu do uiszczenia składek, jest więc konieczne uwzględnienie wszystkich okoliczności rozpoznawanego przypadku, w tym również przebieg ubezpieczenia chorobowego. Dla oceny, czy zachowanie ubezpieczonej uzasadniało przyjęcie, że istniały podstawy do przywrócenia terminu na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenia, zatem nie jest obojętne to, że ubezpieczona dokonała zgłoszenia siebie do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych od 6 czerwca 2012 r., a w zgłoszeniu tym wnioskuje także o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Następnie w krótkim czasie od rozpoczęcia prowadzenia działalności zaczęła korzystać ze świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. Korzystała z nich z krótkimi przerwami od września 2012 r. do lutego 2018 r. Decyzjami z dnia 5 listopada 2018 r., 18 stycznia 2019 r., 4 czerwca 2019 r. ZUS zobowiązał ubezpieczoną do zwrotu nienależnie pobranych zasiłków opiekuńczych oraz zasiłku chorobowego. Powodem wydania decyzji było wykonywanie przez K. R. czynności związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą w okresie orzeczonej niezdolności do pracy oraz obecności jej dziecka w przedszkolu w trakcie orzeczonej dla niej niezdolności do pracy z powodu sprawowania osobistej opieki nad chorym dzieckiem. Świadczenie zatem ubezpieczona wykorzystwała niezgodnie z jego przeznaczeniem. Zasiłek był wszak pobierany na dziecko, które w tym samym okresie przebywało w przedszkolu.

Ubezpieczona prowadząca działalność gospodarczą od 2012 r. powinna przewidzieć skutki niewłaściwego wykorzystania okresów zwolnień lekarskich.

W dacie niewłaściwego opłacania składek posiadała już doświadczenie zawodowe jako przedsiębiorca i znała rangę zobowiązania w zakresie uiszczania danin publicznoprawnych, w tym składek na ubezpieczenia społeczne. Należy podnieść, że immanentną cechą prowadzenia działalności gospodarczej jest jej zawodowy charakter, co pozwala odróżnić czynności przedsiębiorcy od czynności osoby fizycznej. Zatem przy ocenie działań ubezpieczonej jako przedsiębiorcy poziom kontroli winien być podniesiony do poziomu należytej i wymaganej staranności, jaki towarzyszy profesjonalistom. Sąd Apelacyjny nie ma też wątpliwości, że to właśnie w interesie prawnym ubezpieczonej było terminowe i pełne opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, czego była w pełni świadoma.

Uznanie sądu pierwszej instancji, że ubezpieczona pozostawała w usprawiedliwionym przekonaniu o prawie do świadczeń zasiłkowych, nie znajduje oparcia w zgromadzonym materiale dowodowym. Nietrafne okazało się także wskazanie sądu pierwszej instancji, iż organ rentowy powinien wyrazić zgodę na opłatę składek po terminie, ponieważ nie kontrolował na bieżąco okresów korzystania ze zwolnień lekarskich. Zarówno ustawa systemowa w zakresie kontroli przebiegu ubezpieczenia, jak i ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, przewidują kontrolę prawidłowości zgłoszeń do ubezpieczeń oraz prawidłowości korzystania ze świadczeń pieniężnych wypłacanych z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych po zaistniałych zdarzeniach, a więc np. po przeprowadzeniu postępowania w zakresie wykorzystywania zwolnień lekarskich. Zasady dochodzenia zwrotu nienależnie pobranych z tego tytułu świadczeń zostały uregulowane w art. 84 ustawy systemowej. Kontrola, do której odniósł się Sąd Okręgowy, znajduje umocowanie w przepisach, jest instrumentem dbałości o prawidłowość dysponowania środkami Funduszu Ubezpieczeń Społecznych i jako taka nie może stanowić przesłanki dokonania przez Sąd negatywnej oceny wydanej przez organ rentowy odmowy wyrażenia zgody na opłatę składek po terminie.

W ocenie Sądu Apelacyjnego w sprawie nie zaszły żadne miarodajne przesłanki do wyrażenia zgody na opłatę składek po terminie. Wręcz przeciwnie, wyrażenie takiej zgody sytuowałoby ubezpieczoną w pozycji znacznie uprzywilejowanej w stosunku do innych uczestników systemu ubezpieczeń społecznych, którzy w terminie opłacają składki, nie korzystają w sposób nieuprawniony ze świadczeń. W końcu wyrażenie zgody na zapłatę składek po terminie w przypadku ubezpieczonej wypaczyłoby sens uznaniowości organu rentowego, dopuszczanej w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej. Jeżeli bowiem w tak ewidentnych okolicznościach, w których ubezpieczona korzysta w sposób niewłaściwy ze zwolnień lekarskich, należałoby przywrócić termin na opłacenie składek po terminie, to w konsekwencji należy stwierdzić, iż dopuszczalne jest instrumentalne tylko traktowanie ustawy systemowej i ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

W niniejszej sprawie, całokształt przebiegu dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego K. R., schemat korzystania ze zwolnień lekarskich praktycznie od początku prowadzenia działalności gospodarczej i chęć utrzymania ubezpieczenia chorobowego dla celów dalszego korzystania ze świadczeń zasiłkowych, nie mogą pozostać bez znaczenia przy wyrażeniu zgody na przywrócenie terminu na opłatę należnych składek po terminie.

Ubezpieczona w sposób konsekwentny korzystała z długotrwałych świadczeń zasiłkowych, które w świetle art. 17 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa uznane zostały za nienależne, co zostało stwierdzone decyzjami zasiłkowymi z dnia 5 listopada 2018 r., 18 stycznia 2019 r. i 4 czerwca 2019 r.

Sąd Apelacyjny nie dał wiary twierdzeniom, jakoby ubezpieczona nie miała świadomości, że świadczenia zasiłkowe jej nie przysługują. Trudno dać wiarę, że osoba która w sposób umiemytny korzystała przez wiele lat z takich świadczeń nie wiedziała w jakich sytuacjach następuje utrata prawa do tych świadczeń i jaki skutek to wywiera na schemat podlegania do ubezpieczenia chorobowego.

Ostatecznie uznać należy, że dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonej prowadzącej pozarolniczą działalność, ustało z mocy prawa od dnia 1 grudnia 2016 r., od dnia 1 stycznia 2018 r. i od dnia 1 maja 2018 r. z powodu

opłacenia składki na to ubezpieczenie za wskazane miesiące w zaniżonej wysokości (tak jakby w tych okresach zasiłki z ubezpieczenia chorobowego przysługiwały).

Jednocześnie w ocenie sądu odwoławczego w niniejszej sprawie nie zachodzą żadne szczególne okoliczności przemawiające za uwzględnieniem wniosku ubezpieczonej o wyrażenie zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie.

Powyżej omówione okoliczności przeczą sugestii o pozostawianiu przez ubezpieczoną w przeświadczeniu co do należności świadczeń z tytułu zwolnień lekarskich. Wręcz przeciwnie, sekwencja zdarzeń świadczy o pełnej świadomości, zachowaniu kalkulowanym i wyrachowanym, obliczonym jedynie na maksymalizację własnych korzyści, osiąganych z pokrzywdzeniem innych uczestników systemu ubezpieczeń społecznych. Ubezpieczona zamiast dopełnić powinności terminowego uiszczenia należnych składek, skupiła się przede wszystkim na realizacji swojego prawa do świadczeń, bagatelizując fakt, że jako przedsiębiorca obowiązana była do czynnego uczestnictwa w systemie ubezpieczeń społecznych oraz opłacania składek w stosownym terminie i we właściwej wysokości.

W ocenie Sądu Apelacyjnego we wskazanych okolicznościach nie można mówić o usprawiedliwionym niedopatrzaniu ubezpieczonej w zakresie opłacenia składki. Zaniechanie opłacenia składki było oczywistą konsekwencją świadomego zachowania. Tego rodzaju postępowanie ubezpieczonej jest sprzeczne z zasadą solidaryzmu społecznego, i jako takie nie może zasługiwać na akceptację, wyrażającą się przywróceniem terminu do zapłacenia składki. Przywrócenie terminu w takich okolicznościach realizacji zobowiązania publicznoprawnego, jakie zaprezentowała ubezpieczona, w istocie stanowi przyzwolenie i akceptację dla zachowania aspołecznego. Zgodnie z obywatelską zasadą solidaryzmu społecznego, każdy partycypuje w kosztach systemu ubezpieczenia chorobowego i jest to obowiązek konstytucyjny wynikający z art. 82 i 84 Konstytucji RP. Stabilność systemu ubezpieczeń chorobowych wymaga, opłacania składek na to ubezpieczenie przez wszystkich zobowiązanych do tego przepisami prawa. Należy bowiem mieć na względzie, że korzystanie z systemu zabezpieczeń społecznych wiąże się nie tylko z prawami, ale też z obowiązkami.

Mając na uwadze przedstawioną odmienną ocenę prawną, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 1 k.p.c., orzekając co do istoty sprawy, zmienił zaskarżony wyrok merytorycznie i oddalił odwołanie (art. 477<sup>14</sup> § 1 k.p.c.).

O kosztach, Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. zgodnie, z którym strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu), przy czym Sąd rozstrzyga o kosztach w każdym orzeczeniu kończącym sprawę w instancji (art. 108 § 1 k.p.c.). Do celowych kosztów postępowania należy, między innymi, koszt ustanowienia zastępstwa procesowego (art. 98 § 3 i art. 99 k.p.c.). Zatem, skoro uwzględniono apelację organu rentowego w całości, uznać należało, że organ ten wygrał postępowanie zarówno w pierwszej, jak i w drugiej instancji. Wysokość tych kosztów ustalono na podstawie § 9 ust. 2 i § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radcowskie (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 265) zasądzając, zgodnie z wnioskiem apelującego, od ubezpieczonej na rzecz organu rentowego kwotę 180 zł tytułem zwrotu kosztów procesu w pierwszej i kwotę 240 zł – w drugiej instancji.

Jolanta Hawryszko Urszula Iwanowska Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk