

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 3 lutego 2020 roku (znak (...)) Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. odmówił J. K. (1) prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 19 grudnia 2019 roku do dnia 27 stycznia 2020 roku.

W uzasadnieniu decyzji organ rentowy wskazał, iż od dnia 16 maja 2019 roku J. K. nie podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Niezdolność do pracy powstała w dniu 19 grudnia 2019 roku, czyli w okresie, kiedy J. K. nie podlegał temu ubezpieczeniu. Wobec powyższego nie ma on prawa do zasiłku chorobowego.

W dniu 7 lutego 2020 roku J. K. (1) złożył odwołanie od w/w decyzji ZUS. Odwołujący wskazał, iż wysyłaniem deklaracji zajmowała się jego księgowa, a składki od początku prowadzenia przez niego działalności płacone były regularnie.

Decyzją z dnia 11 sierpnia 2020 roku (znak (...) - (...)) Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. odmówił J. K. (1) prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 28 stycznia 2020 roku do dnia 3 sierpnia 2020 roku. W uzasadnieniu decyzji organ rentowy wskazał, iż od dnia 16 maja 2019 roku J. K. nie podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Niezdolność do pracy powstała w dniu 19 grudnia 2019 roku, czyli w okresie, kiedy J. K. nie podlegał temu ubezpieczeniu. Wobec powyższego nie ma on prawa do zasiłku chorobowego.

W dniu 18 września 2020 roku J. K. (1) złożył odwołanie od w/w decyzji ZUS, wnosząc o jej zmianę i przyznanie prawa do zasiłku chorobowego w spornym okresie. Odwołujący się wskazał, iż składki na ubezpieczenie społeczne opłacał w terminie, zaś nie doręczono mu nigdy decyzji o niepodleganiu ubezpieczeniu chorobowemu od 16 maja 2019 roku.

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 7 czerwca 2021 r. w sprawie o sygn. akt X U 202/20 Sąd Rejonowy dla Łodzi - Śródmieścia w Łodzi, X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w sprawie z wniosku J. K. (1) przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych I Oddziałowi w Ł. o zasiłek chorobowy w związku z odwołaniami od decyzji organu rentowego: z dnia 3 lutego 2020 roku, nr sprawy (...) oraz z dnia 11 sierpnia 2020 roku, nr sprawy (...) w punkcie 1 zmienił zaskarżone decyzje w ten sposób, że przyznał J. K. (1) prawo do zasiłku chorobowego za okres od dnia 19 grudnia 2019 r. do dnia 18 czerwca 2020 r., w punkcie 2 oddalił odwołanie od decyzji z dnia 11 sierpnia 2020 r. w pozostałym zakresie.

Powyższe orzeczenie zapadło w oparciu o następujące ustalenia faktyczne.

J. K. (1) od dnia 2 kwietnia 2019 r. prowadzi działalność gospodarczą i z tego tytułu podlega systemowi ubezpieczeń społecznych.

Wnioskodawca w pierwszej deklaracji rozliczeniowej za 2019 r. wskazał, że dotyczy ona miesiąca stycznia 2019 r. W związku z tym organ rentowy pierwszą dokonaną przez ubezpieczonego wpłatę z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne – w dniu 10 maja 2019 r. w kwocie 1316,97 zł – zaliczył na poczet widniejącej wówczas niedopłaty za 01.2019 r.. Kolejne deklaracje zostały sporządzone przez organ rentowy z urzędu na podstawie pierwszej deklaracji rozliczeniowej. Kolejne wpłaty ubezpieczonego – uiszczane po 10 maja 2019 r. – pokrywały składki należne od 04.2019 r. W dniu 24 stycznia 2020 r. organ rentowy z urzędu skorygował deklarację za miesiąc 01.2019 i miesiąc ten został wyzerowany.

Po dokonaniu korekty deklaracji za styczeń 2019 r. organ rentowy, wyjaśniając na zobowiązanie Sądu sposób rozliczenia składek uiszczonych przez J. K. (1), wskazał, że wpłata w kwocie 1316,97 zł uiszczona w dniu 10 maja 2019 roku rozliczona została w ten sposób, że powstała niedopłata z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne w kwocie 68,13 zł i jednocześnie nadpłata z tytułu składki na ubezpieczenia społeczne w kwocie 161,38 zł i nadpłata z tytułu składki na (...) w kwocie 6,97 zł. W kolejnych miesiącach nadpłata z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne i (...) była równa niedopłacie z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne.

Obowiązującym ubezpieczonego terminem płatności składek był 10. dzień miesiąca w okresie od 04.2019 r. – 07.2019 r., a od 08.2019 r. – 15. dzień miesiąca.

Po uwzględnieniu wszelkich deklaracji korygujących sporządzonych przez ubezpieczonego i z urzędu do dnia 4 lutego 2021 r. należności i wpłaty ubezpieczonego na poczet składek przedstawiały się następująco:

- w dniu 10 maja 2019 r. wpłata w wysokości 1316,97 zł za kwiecień 2019 r., przy należności w wysokości 1216,75 zł (nadpłata);
- w dniu 7 czerwca 2019 r. wpłata w wysokości 1316,97 zł za maj 2019 r., przy należności 1316, 97 zł;
- w dniu 10 lipca 2019 r. wpłata w wysokości 1316,97 zł za czerwiec 2019 r., przy należności 1316, 97 zł;
- w dniu 9 sierpnia 2019 r. wpłata w wysokości 1316,97 zł za lipiec 2019 r., przy należności 1316, 97 zł;
- w dniu 9 września 2019 r. wpłata w wysokości 1490,97 zł za sierpień 2019 r., przy należności 1316,97 zł (nadpłata);
- w dniu 14 października 2019 r. wpłata w wysokości 1743,57 zł za wrzesień 2019 r., przy należności 1491,77 zł (nadpłata);
- w dniu 12 listopada 2019 r. wpłata w wysokości 1701,59 zł za październik 2019 r., przy należności 1701,59 zł;
- w dniu 10 grudnia 2019 r. wpłata w wysokości 1701,59 zł za listopad 2019 r., przy należności 1701,59 zł;
- w dniu 13 stycznia 2020 r. wpłata w wysokości 1292, 86 zł za grudzień 2019 r., przy należności 1701,59 zł (niedopłata mniejsza niż suma wcześniejszych nadpłat).

Wnioskodawca był niezdolny do pracy od dnia 19 grudnia 2019 r. do dnia 11 sierpnia 2020 r.

W lutym 2020 r. odwołujący otrzymał zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu z opłacaniem składek.

Sąd Rejonowy wskazał, że ustalił powyższy stan faktyczny w oparciu o przytoczone dowody, z których najistotniejsze okazały się raporty rozliczeń składek przedstawione przez organ rentowy, pozwalające na zrekonstruowanie sposobu ewidencjonowania i rozliczania przez ZUS składek uiszczanych przez wnioskodawcę. Zważywszy, że w toku postępowania deklaracje rozliczeniowe ubezpieczonego podlegały korektom wynikającym z deklaracji korygujących składanych przez ubezpieczonego, jak i działań organu rentowego podejmowanych z urzędu, Sąd I instancji oparł się na najbardziej aktualnym rozliczeniu przedstawionym przez organ rentowy w lutym 2021 roku, które korekty te uwzględniło.

W tak ustalonym stanie faktycznym i po w ten sposób dokonanej ocenie dowodów Sąd Rejonowy zważył, iż odwołanie okazało się częściowo zasadne i skutkowało zmianą zaskarżonych decyzji.

Na wstępie według Sądu Rejonowego podnieść należy, że stosownie do treści art. 8 ust. 6 pkt 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2020 r., poz. 266 ze zm.) za osobę prowadzącą pozarolniczą działalność uważa się: współnika jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz współników spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej.

Na podstawie przepisów art. 6 ust. 1 pkt 5 i art. 12 ust. 1 w zw. z art. 13 pkt 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych z dnia 13 października 1998 r. (Dz. U. z 2020 r., poz. 266 ze zm.; zwanej dalej ustawą systemową) osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności, z wyłączeniem okresu, na który wykonywanie działalności zostało zawieszona na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej.

Ubezpieczeniu chorobowemu osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą, z mocy art. 11 ust. 2 ustawy systemowej, podlegają dobrowolnie na swój wniosek. Objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem następuje od dnia wskazanego we wniosku, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony (art. 14 ust. 1 tejże ustawy).

Na podstawie przepisów art. 33 i następne ustawy systemowej Zakład Ubezpieczeń Społecznych prowadzi konta płatników składek, na których są ewidencjonowane dane konieczne do celów rozliczania należności z tytułu składek. Zgodnie z art. 46 ust. 1 i art. 47 ust. 1 ustawy obowiązkiem płatnika składek jest według zasad i w terminach wynikających z przepisów ustawy przysyłać odpowiednie dokumenty rozliczeniowe, obliczać, rozliczać oraz opłacać należne składki za każdy miesiąc kalendarzowy.

Zgodnie z art. 18 ust. 8 ustawy systemowej podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe osób prowadzących pozarolniczą działalność stanowi zadeklarowana kwota. Wynika to ze zróżnicowanej wysokości przychodów w poszczególnych miesiącach, a w konsekwencji niemożności jej przewidzenia. Jednocześnie deklaracja rozliczeniowa, imienne raporty miesięczne oraz opłacenie składki za dany miesiąc dokonywane są w następnym miesiącu, a zatem po tym jak przychód za poprzedni miesiąc jest już ustalony (art. 47 ust. 1 ustawy systemowej). Minimalna wysokość możliwej do zadeklarowania kwoty została określona w art. 18 ust. 8 ustawy systemowej i wynosi 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego, zaś w odniesieniu do uprawnienia z art. 18a ust. 1 tej ustawy - 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia.

Zgodnie z art. 18 ust. 9 za miesiąc, w którym nastąpiło odpowiednio objęcie ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi lub ich ustanie i jeżeli trwały one tylko przez część miesiąca, kwotę najniższej podstawy wymiaru składek zmniejsza się proporcjonalnie, dzieląc ją przez liczbę dni kalendarzowych tego miesiąca i mnożąc przez liczbę dni podlegania ubezpieczeniu. W myśl ust. 10 art. 18 zasady zmniejszania najniższej podstawy wymiaru składek, o których mowa w ust. 9, stosuje się odpowiednio w przypadku niezdolności do pracy trwającej przez część miesiąca, jeżeli z tego tytułu ubezpieczony spełnia warunki do przyznania zasiłku.

Wskazane wyżej uregulowania zawarte w art. 18 ust. 9 i 10 powołanej ustawy w ocenie Sądu meriti stanowią wyjątki od reguły wyrażonej w art. 18 ust. 8 tejże ustawy i pozwalają na proporcjonalne pomniejszenie podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia osoby prowadzącej pozarolniczą działalność.

Stosownie do treści art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2020 r., poz. 870 ze zm.) ubezpieczony nabywa prawo do zasiłku chorobowego:

- 1) po upływie 30 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego - jeżeli podlega obowiązkowo temu ubezpieczeniu;
- 2) po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego - jeżeli jest ubezpieczony dobrowolnie.

Zgodnie z ustępem 2 do okresów ubezpieczenia chorobowego, o których mowa w ust. 1, wlicza się poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego, jeżeli przerwa między nimi nie przekroczyła 30 dni lub była spowodowana urlopem wychowawczym, urlopem bezpłatnym albo odbywaniem czynnej służby wojskowej przez żołnierza niezawodowego.

Zgodnie z treścią art. 41 ust. 6 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemowej płatnik składek jest zobowiązany złożyć imienny raport miesięczny korygujący w formie nowego dokumentu zawierającego wszystkie prawidłowe informacje określone w ust. 3-5, jeżeli zachodzi konieczność korekty danych podanych w imiennym raporcie miesięcznym w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości:

- 1) przez płatnika składek we własnym zakresie;
- 2) przez Zakład.

Zgodnie z ustępem 7a płatnik składek jest zobowiązany złożyć imienny raport miesięczny korygujący, o którym mowa w ust. 6, w terminie 7 dni od stwierdzenia nieprawidłowości we własnym zakresie lub otrzymania zawiadomienia o stwierdzeniu nieprawidłowości przez Zakład, z zastrzeżeniem ust. 7b.

Przepis art. 48 ust. 1 powyższej ustawy stanowi, że jeżeli płatnik składek nie złoży w terminie deklaracji rozliczeniowej, nie będąc z tego obowiązku zwolniony, Zakład dokonuje wymiaru składek z urzędu w wysokości wynikającej z ostatnio złożonej deklaracji rozliczeniowej, bez uwzględnienia wypłaconych zasiłków oraz zasiłków rodzinnych i pielęgnacyjnych, zawiadamiając o tym płatnika. Zgodnie z ustępem 2 jeżeli po wymierzeniu składek z urzędu płatnik składek złoży deklarację rozliczeniową, Zakład koryguje wymiar składek do wysokości wynikającej ze złożonej deklaracji rozliczeniowej, z uwzględnieniem wykazanych w deklaracji zasiłków oraz zasiłków rodzinnych i pielęgnacyjnych.

Sąd Rejonowy wskazał, że natomiast stosownie do treści art. 48b ust. 1 wskazanej wyżej ustawy zakład może sporządzać z urzędu zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych, zgłoszenia wyrejestrowania ubezpieczonego z ubezpieczeń społecznych, imienne raporty miesięczne, zgłoszenia płatnika składek, zgłoszenia wyrejestrowania płatnika składek, deklaracje rozliczeniowe oraz dokumenty korygujące te dokumenty, zwane dalej "dokumentami związanymi z ubezpieczeniami społecznymi określonymi w ustawie". Zgodnie z ustępem 2 zakład może korygować z urzędu błędy stwierdzone w dokumentach związanych z ubezpieczeniami społecznymi określonych w ustawie.

Przepis art. 14 ust. 2 wskazanej wyżej ustawy stanowi, że dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje:

- 1) od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony;
- 2) od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie - w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność i 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.

Sąd I instancji podkreślił, że podstawę faktyczną zaskarżonych decyzji stanowiło ustalenie organu rentowego, że ubezpieczony nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 16 maja 2019 roku. Należy przy tym zwrócić uwagę na fakt, że w uzasadnieniu decyzji nie wyjaśniono, z jakich przyczyn ubezpieczony przestał podlegać ubezpieczeniom społecznym. Nie wydano też decyzji o okresach podlegania J. K. (1) ubezpieczeniom społecznym, z których tego rodzaju okoliczność mogłaby wynikać. Dopiero na etapie postępowania sądowego organ rentowy wyjaśnił, że niepodleganie ubezpieczeniom społecznym jest następstwem rozliczenia części składek po terminie, a także faktem, że za część składek dokumenty rozliczeniowe wpłynęły dopiero w dniu 23 stycznia 2020 roku, a za grudzień 2019 roku wystąpiła niedopłata składki.

Sąd Rejonowy wskazał, że nie zgadza się z poglądem organu rentowego, jakoby „rozliczenie składek po terminie” lub złożenie deklaracji rozliczeniowej po terminie, przy terminowym opłaceniu składek na ubezpieczenie społeczne w prawidłowej wysokości, miało prowadzić do pozbawienia ubezpieczonego prawa do zasiłku chorobowego. Z przytoczonych wcześniej przepisów prawnych nie sposób wyinterpretować takiej sankcji. Po pierwsze, ustawodawca ściśle określił skutek niezłożenia deklaracji rozliczeniowej w terminie – Zakład dokonuje wówczas wymiaru składek z urzędu w wysokości wynikającej z ostatnio złożonej deklaracji rozliczeniowej, bez uwzględnienia wypłaconych zasiłków oraz zasiłków rodzinnych i pielęgnacyjnych, zawiadamiając o tym płatnika (art. 48 ust. 1 ustawy systemowej). Po drugie, przesłanki ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego uregulowane zostały w ramach enumeratywnego wyliczenia w dyspozycji art. 14 ust. 2 ustawy systemowej i próżno wśród nich szukać niezłożenia deklaracji rozliczeniowej w terminie. Zawarty w przepisie katalog okoliczności powodujących ustanie ubezpieczenia ma charakter wyczerpujący, a jego wykładnia rozszerzająca jest niedopuszczalna.

Teoretycznie możliwa jest sytuacja, w której złożenie z opóźnieniem deklaracji korygującej spowoduje powstanie obowiązku zapłacenia składek na ubezpieczenie społeczne w wysokości wyższej niż rzeczywiście uiszczona, co pośrednio może doprowadzić do ustania ubezpieczenia dobrowolnego. Sytuacja taka nie miała jednak miejsca w niniejszej sprawie. Sąd Rejonowy dokonał analizy wysokości składek rzeczywiście opłaconych i wynikających z deklaracji korygujących sporządzonych przez ubezpieczonego oraz z urzędu (k. 248-252). W jej wyniku doszedł do przekonania, że składki na ubezpieczenie chorobowe były opłacane terminowo i w prawidłowej wysokości przy uwzględnieniu ostatecznych wartości przyjętych przez organ rentowy. Jedynym miesiącem, w którym wystąpiła niedopłata z tytułu składek był grudzień 2019 roku, ale miała ona charakter pozorny, ponieważ suma nadpłat widniejących na koncie ubezpieczonego za poprzednie miesiące była wyższa niż wartość niedopłaty, a nadto organ rentowy nie wziął pod uwagę faktu, iż od 19 grudnia 2019 roku ubezpieczony stał się niezdolny do pracy i wysokość podstawy wymiaru składek winna ulec proporcjonalnemu zmniejszeniu. Przy uwzględnieniu obu okoliczności wartość wpłaty ubezpieczonego przewyższałaby należność z tego tytułu.

Na koniec rozważań warto w ocenie Sądu meriti odnotować, że pierwotną przyczyną oceny przez organ rentowy, iż ubezpieczony przestał podlegać ubezpieczeniom społecznym, było zaksięgowanie wpłaty dokonanej przez ubezpieczonego w dniu 10 maja 2019 roku na poczet składek za miesiąc styczeń 2019 roku. Podkreślić trzeba, że w zgromadzonym materiale dowodowym próżno szukać jakiegokolwiek poszlaki świadczącej o tym, by J. K. (1) podlegał ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzonej działalności pozarolniczej przed 2 kwietnia 2019 roku. Data rozpoczęcia prowadzenia przez niego działalności gospodarczej była niesporna między stronami i znajdowała odzwierciedlenie chociażby w danych ujawnionych w (...). Z przytoczonych wcześniej przepisów ustawy systemowej jednoznacznie wynika, że ubezpieczenia społeczne nie mają charakteru abstrakcyjnego i podleganie im musi opierać się na istnieniu szczególnego, uregulowanego ustawowo stosunku prawnego (tytułu ubezpieczeń). W przypadku J. K. (1) tytuł ten powstał w dniu 2 kwietnia 2019 roku, wobec czego dopiero od tego dnia mógł on przystąpić do ubezpieczeń społecznych. Brak jest zatem podstaw prawnych do rozliczania dokonanej przez niego w maju 2019 roku wpłaty na poczet składek na ubezpieczenie społeczne za okres, w którym ubezpieczeniom społecznym nie podlegał i nie mógł podlegać. Taki sposób rozliczenia składek doprowadził do tego, że należność składkowa za miesiąc kwiecień 2019 roku formalnie nie została zaspokojona, pomimo terminowego zapłacenia przez ubezpieczonego składek w prawidłowej wysokości. Kolejne wpłaty dokonywane przez ubezpieczonego ewidencjonowane były na poczet formalnych niedopłat, podczas gdy również dokonywane były terminowo i w wysokości nie niższej od należnej. Okoliczność ta została dostrzeżona i skorygowana w toku postępowania, co skutkowało rozliczeniem wpłat ubezpieczonego począwszy od pierwszego miesiąca prowadzonej przez niego działalności gospodarczej.

Wobec powyższego Sąd Rejonowy uznał, iż decyzje ZUS, odmawiające wnioskodawcy prawa do zasiłku chorobowego zostały wydane w oparciu o błędne ustalenia faktyczne, czego konsekwencją była konieczność ich zmiany. Uwadze Sądu nie umknął fakt, że okres nieprzerwanej niezdolności do pracy J. K. (1) przekraczał 182 dni. Tymczasem zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2020 roku, poz. 870) zasiłek chorobowy przysługuje przez okres trwania niezdolności do pracy z powodu choroby, nie dłużej jednak niż przez 182 dni. Skoro niezdolność do pracy J. K. (1) rozpoczęła się w dniu 19 grudnia 2019 roku, 182-dniowy okres zasiłkowy został przez wnioskodawcę wyczerpany w dniu 18 czerwca 2020 roku. Po tej dacie zasiłek chorobowy ubezpieczonemu nie przysługiwał, wobec czego odwołanie od decyzji z dnia 11 sierpnia 2020 roku, obejmującej dalszy okres, podlegało w tej części oddaleniu.

Mając na uwadze powyższe Sąd I instancji na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. zmienił zaskarżone decyzje poprzez przyznanie J. K. (1) prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 19 grudnia 2019 roku do dnia 18 czerwca 2020 roku, w pozostałym zakresie oddalił odwołanie od decyzji z dnia 11 sierpnia 2020 roku na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c.

Od powyższego wyroku apelację złożył organ rentowy zaskarżając przedmiotowe orzeczenie w zakresie pkt. 1 i zarzucił mu:

- naruszenie prawa materialnego, a w szczególności art. 1 ust. 1, art. 6 ust. 1 i art. 8 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz. U. z 2020r., poz. 870) oraz art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 13.10.1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2021r. poz. 423 ze zm.), § 6, 12-18 Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 21.09.2017r. w sprawie szczegółowych zasad trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, do których poboru jest zobowiązany Zakład Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2017r., poz. 1831) poprzez niewłaściwe ich zastosowanie i ustalenie że J. K. (1) ma prawo do zasiłku chorobowego w okresie od 19.12.2019r. do 18.06.2020r. w sytuacji, gdy w dniu powstania niezdolności do pracy wnioskodawca nie podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, a nawet gdyby uznać, że podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu to okres 182 dni minął w dniu 17.06.2020r.

- naruszenie prawa procesowego - art. 227, 233 Kodeksu postępowania cywilnego poprzez brak wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego.

Podnosząc powyższe zarzuty apelujący wnioskował o:

- o zmianę zaskarżonego wyroku w pkt. 1 i oddalenie odwołania w całości, ewentualnie o:

- uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpatrzenia.

W odpowiedzi na apelację ubezpieczony wnioskował o jej oddalenie jako bezzasadnej.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Na wstępie należy podnieść, że w niniejszym postępowaniu Sąd Okręgowy rozpoznał sprawę na posiedzeniu niejawnym na podstawie art. 374 k.p.c., zgodnie z którym Sąd II instancji może rozpoznać sprawę na posiedzeniu niejawnym, jeżeli przeprowadzenie rozprawy nie jest konieczne. Rozpoznanie sprawy na posiedzeniu niejawnym jest niedopuszczalne, jeżeli strona w apelacji lub odpowiedzi na apelację złożyła wniosek o przeprowadzenie rozprawy, chyba że cofnięto pozew lub apelację albo zachodzi nieważność postępowania.

Ponadto w szczególnym, przewidzianym w art. 391¹ § 1 k.p.c. wypadku apelacji wniesionej od wyroku oddalającego powództwo oczywiście bezzasadne, wydanego na posiedzeniu niejawnym, przyjmującego za podstawę art. 191¹ k.p.c., sąd drugiej instancji może rozpoznać apelację na posiedzeniu niejawnym, nie doręczając odpisu apelacji osobie wskazanej jako pozwany ani nie rozpoznając wniosków złożonych wraz z taką apelacją. Zawarty w takiej apelacji wniosek o przeprowadzenie rozprawy okaże się więc nieskuteczny.

W rozpoznawanej sprawie w apelacji oraz odpowiedzi na środek zaskarżenia nie wniesiono o rozpoznanie sprawy na rozprawie, a złożone dotychczas pisma procesowe oraz pominięcie wniosku dowodowego organu rentowego jako spóźnionego, dawały podstawę do przyjęcia, że przeprowadzenie rozprawy nie jest konieczne. W przypadku, gdy głosy stron miałyby się ograniczyć tylko do powtórzenia argumentacji zawartej w pismach procesowych, to wyznaczenie rozprawy tylko w tym celu nie wydaje się uzasadnione. (por. wyrok SA w Gdańsku z dnia 26.06.2018, III AUa 1815/17).

Przechodząc zaś do merytorycznego rozpoznania sprawy i odnosząc się do zarzutów apelacji stwierdzić należy, że apelacja organu rentowego zasługiwała jedynie na uwzględnienie w niewielkiej części.

Sąd II instancji zasadniczo przyjął ustalenia faktyczne Sądu Rejonowego, jako własne i jednocześnie stwierdził, że nie zachodzi obecnie potrzeba powielania w tym miejscu tych ustaleń. (por. wyrok SN z 5.11.1998r., I PKN 339/98, OSNAPiUS 1999/24/, por. postanowienie SN z 22 kwietnia 1997 r., sygn. akt II UKN 61/97 - OSNAP 1998 r. Nr 3, poz. 104; wyrok SN z 8 października 1998 r., sygn. akt II CKN 923/97 - OSNC 1999 r., z. 3, poz. 60; wyrok SN z 12 stycznia 1999 r., sygn. akt I PKN 21/98 - OSNAP 2000, Nr 4, poz. 143).

W pierwszej kolejności zauważyć należy, że postępowanie apelacyjne ma charakter kontrolny, ale jest także kontynuacją postępowania przed sądem I instancji i zmierza do ponownego merytorycznego rozpoznania sprawy.

Wiąże się z tym możliwość, a niekiedy konieczność prowadzenia przez sąd II instancji postępowania dowodowego. Następnie sąd II instancji dokonuje samodzielnej oceny dowodów zgromadzonych przez sąd I instancji oraz przeprowadzonych przed sądem odwoławczym, a także ustala podstawę faktyczną rozstrzygnięcia (por. wyrok Sądu Najwyższego z 6 października 2016r. III UK 270/15 Lex nr 2139253).

Rozpoznając apelację Sąd Okręgowy uznał, że w niniejszej sprawie celowe jest w niewielkim zakresie uzupełnienie materiału dowodowego poprzez uzyskanie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych informacji dotyczącej okoliczności czy przy przyjęciu, że dokumenty rozliczające składki na ubezpieczenia społeczne (w tym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe) wnioskodawcy za okres od kwietnia r. do grudnia 2019 r., były złożone we właściwym terminie i prawidłowo wypełnione - należne składki były opłacone w prawidłowej wysokości i w terminie, jeśli zaś były niedopłaty, to czy istniały wcześniejsze nadpłaty, które mogły uzupełnić niedopłaty, a jeśli nie - to kiedy składki zostały opłacone w prawidłowej wysokości.

Istota sprawy wymagała bowiem zbadania okoliczności, czy składki za sporny okres od kwietnia do grudnia 2019 r. były opłacane w terminie i w prawidłowej wysokości, niezależnie od złożonych deklaracji rozliczeniowych.

W myśl informacji ZUS z dnia 22 lutego 2019 r. przy przyjęciu, że za okres od 04.2019r. do 12.2019r. deklaracje rozliczeniowe byłyby złożone we właściwym terminie i prawidłowo wypełnione, składki na ubezpieczenia społeczne (w tym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe) były opłacone w terminie, tj.:

- za 04, 08 i 09.2019r. składki były nadpłacone,
- za 06, 07, 10 i 11.2019r. składki były opłacone w prawidłowej wysokości,
- za 12.2019r. zostały pokryte z nadpłat za 04, 08 i 09.2019r. (pismo ZUS k. 317)

Dokonując następnie oceny materiału dowodowego zgromadzonego przed sądami obu instancji, Sąd Okręgowy uznał, że apelacja organu rentowego zasługuje na uwzględnienie jedynie w niewielkiej części, gdyż ubezpieczony nie spełnia przesłanek do przyznania mu prawa do zasiłku chorobowego tylko po dacie 17 czerwca 2020 r., ze względu na błąd rachunkowy Sądu Rejonowego dotyczący wyliczenia nieprzerwanego okresu trwania niezdolności do pracy z powodu choroby w myśl art. 8 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2020 roku, poz. 870), co powinno wynosić okres nieprzekraczający 182 dni.

W pozostałym zaś przeważającym zakresie Sąd Rejonowy uznał zarzuty apelacyjne za chybione.

Zgodnie z art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa zasiłek chorobowy na warunkach i w wysokości określonych ustawą przysługują osobom objętym ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa określonym w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 423.

Stosownie do art. 6 wskazanej wyżej ustawy zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego.

W myśl art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. 2019.300) ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe, o których mowa w ust. 1, ustają 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.

Zgodnie z art. 4 pkt 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, deklaracja rozliczeniowa to zestawienie informacji o należnych składkach na fundusze, na które składki pobiera Zakład, kwot rozliczanych w ciężar składek oraz kwot należnych do zapłaty. Na podstawie tej deklaracji dochodzi do podziału kwoty wpłaconej tytułem składek przez

ubezpieczonego, zgodnie z zasadami wyrażonymi w § 7 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 21 września 2017 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, do których poboru jest zobowiązany Zakład Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1831).

Wobec tego prawidłowe złożenie deklaracji umożliwia poprawne rozliczenie składek wpłaconych przez ubezpieczonego.

Zgodnie z art. 47 ust. 1 ustawy systemowej płatnik składek przesyła w tym samym terminie deklarację rozliczeniową, imienne raporty miesięczne oraz opłaca składki za dany miesiąc, z zastrzeżeniem ust. 1a, 2a i 2b, nie później niż:

- 1) do 10 dnia następnego miesiąca - dla osób fizycznych opłacających składkę wyłącznie za siebie;
- 2) do 5 dnia następnego miesiąca - dla jednostek budżetowych i samorządowych zakładów budżetowych;
- 3) do 15 dnia następnego miesiąca - dla pozostałych płatników.

Ustawodawca przewidział jednak możliwość korygowania deklaracji, która zawiera błędy. I tak zgodnie z art. 47 ust. 3 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, płatnik składek jest zobowiązany złożyć deklarację rozliczeniową korygującą w formie nowego dokumentu zawierającego wszystkie prawidłowe informacje, jeżeli zachodzi konieczność korekty danych w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości przez płatnika składek we własnym zakresie lub przez Zakład.

Stosownie zaś do art. 48 ust. 1 ustawy systemowej jeżeli płatnik składek nie złoży w terminie deklaracji rozliczeniowej, nie będąc z tego obowiązku zwolniony, Zakład dokonuje wymiaru składek z urzędu w wysokości wynikającej z ostatnio złożonej deklaracji rozliczeniowej, bez uwzględnienia wypłaconych zasiłków oraz zasiłków rodzinnych i pielęgnacyjnych, zawiadamiając o tym płatnika.

2. Jeżeli po wymierzeniu składek z urzędu płatnik składek złoży deklarację rozliczeniową, Zakład koryguje wymiar składek do wysokości wynikającej ze złożonej deklaracji rozliczeniowej, z uwzględnieniem wykazanych w deklaracji zasiłków oraz zasiłków rodzinnych i pielęgnacyjnych.

Zgodnie zaś z art. 48b ust. 1 ustawy systemowej Zakład może sporządzać z urzędu zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych, zgłoszenia wyrejestrowania ubezpieczonego z ubezpieczeń społecznych, imienne raporty miesięczne, zgłoszenia płatnika składek, zgłoszenia wyrejestrowania płatnika składek, deklaracje rozliczeniowe oraz dokumenty korygujące te dokumenty, zwane dalej „dokumentami związanymi z ubezpieczeniami społecznymi określonymi w ustawie”.

2. Zakład może korygować z urzędu błędy stwierdzone w dokumentach związanych z ubezpieczeniami społecznymi określonych w ustawie.

3. Zakład może żądać od płatnika składek ponownego złożenia dokumentów związanych z ubezpieczeniami społecznymi określonych w ustawie, jeżeli dokumenty te nie zostały zidentyfikowane w systemie informatycznym Zakładu.

4. Zakład może z urzędu wprowadzać i korygować dane bezpośrednio na kontaktach ubezpieczonych lub kontaktach płatników składek, informując o tym ubezpieczonych i płatników składek.

W realiach sprawy niniejszej Sąd Rejonowy dokonał właściwej interpretacji powyższych przepisów dochodząc do trafnego wniosku, że sytuacje w postaci rozliczenia składek po terminie bądź złożenia deklaracji rozliczeniowej po terminie, **przy jednoczesnym terminowym opłaceniu składek na ubezpieczenie społeczne w prawidłowej wysokości** nie prowadzi do pozbawienia prawa do zasiłku chorobowego.

Z wykładni językowej art. 48 i 48b ustawy systemowej wynika tylko, że Zakład w przypadku złożenia deklaracji rozliczeniowej po terminie bądź złożenia błędnych deklaracji rozliczeniowych dokonuje wymiaru składek z urzędu

w wysokości wynikającej z ostatnio złożonej deklaracji rozliczeniowej, bez uwzględnienia wypłaconych zasiłków oraz zasiłków rodzinnych i pielęgnacyjnych, zawiadamiając o tym płatnika oraz jest uprawniony do złożenia z urzędu dokumentów korygujących.

Trafność powyższego poglądu potwierdza dodatkowo stanowisko Sądu Apelacyjnego w Białymstoku zawarte w wyroku z dnia 2 grudnia 2015 r. III AUa 576/15 w myśl, którego: "**przepisy ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych nie przewidują sankcji za złożenie deklaracji po terminie**, która sprowadza się do przyjęcia minimalnej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne. W zakresie przewidzianych ustawowo sankcji za niezłożenie deklaracji w terminie należy wskazać na przepis art. 98 ust. 1 pkt 6 ustawy systemowej, zgodnie z którym, kto jako płatnik składek albo osoba obowiązana do działania w imieniu płatnika nie dopełnia obowiązku przesyłania deklaracji rozliczeniowych oraz imiennych raportów miesięcznych w przewidzianym terminie, podlega karze grzywny. Regulacja ta stanowi realną dolegliwość w stosunku do płatnika".

Nadto co istotne i trafnie uwypuklone przez Sąd Rejonowy, przesłanki ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego zostały enumeratywnie wyliczone w dyspozycji art. 14 ust. 2 ustawy systemowej i brak wśród nich okoliczności dotyczącej niezłożenia deklaracji rozliczeniowej w terminie.

Zgodnie z treścią art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. z 2020 r., poz. 266), 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 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.

Stosownie do treści art. 14 ust. 2 ww. ustawy, 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.

Jak słusznie wskazał zaś za utrwalonym orzecznictwem Sąd Apelacyjny w Krakowie w wyroku z dnia 16 maja 2019 r. III AUa 104/17: "w zawartym w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej sformułowaniu „**nieopłacenie w terminie składki należnej**” **mieszczą się trzy sytuacje: nieopłacenie w terminie składki w ogóle za dany miesiąc, opłacenie składki w niepełnej wysokości oraz opłacenie składki z przekroczeniem terminu**. Należna składka to ta, która powinna być zapłacona. Nieopłacenie składki należnej w terminie powoduje zatem wyłączenie z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z mocy prawa, a więc niezależnie od woli ubezpieczonego" (podobnie por. K. Dziwota, (w:) J. Wantoch-Rekowski (red.), Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych, s. 111).

Bez wątplenia zatem składka należna, która warunkuje podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu, to składka opłacona w terminie w pełnej wysokości (por. wyr. SN z 18 kwietnia 2012 r., II UK 188/11, L., oraz wyr. SA w Białymstoku z 4 września 2012 r., III AUA 409/12, L.).

Zatem dopiero nieopłacenie składki w terminie jest podstawą do uznania, że zaistniały przesłanki do ustania podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z mocy prawa, od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono składki. Jedyne złożenie wniosku o przywrócenie terminu do opłacenia składek umożliwia ewentualne kontynuowanie ubezpieczenia. Opłacenie składki po ustaniu z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia nie powoduje dalszego trwania ochrony ubezpieczeniowej z wygasłego stosunku ubezpieczenia. Ubezpieczenie to wygasa nawet w sytuacji, gdy osoba zobowiązana nie ponosi

winy za nieopłacenie składki. (wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 3 lipca 2014 r., III AUa 1349/13, LEX nr 1493876 vide wyrok SA w Białymstoku z dnia 23 kwietnia 2013 r., III AUa 1067/12, LEX nr 1313228).

W tym stanie rzeczy w ocenie Sądu Okręgowego brak było jakichkolwiek podstaw do dokonania przez organ rentowy odmiennej i sprzecznej z wykładnią językową, interpretacji przepisów art. 48 i 48b oraz 14 ust. 2 ustawy systemowej. Uwypuklić w tym miejscu należy, że niedopuszczalna jest w tym względzie wykładnia rozszerzająca, zwłaszcza, że treści powyższych przepisów jest jasno brzmiąca. Nie sposób stąd wyinterpretować prawa do samodzielnej (choćby nawet i pod kontrolą sądową) ingerencji Zakładu w treść przepisów ustawy.

Przypomnieć wypada za Sądem Najwyższym (uzasadnienie wyroku dnia 20 września 2017 r. I UK 341/16), iż w judykaturze i doktrynie prezentowane jest jednolite stanowisko odnośnie do reguł pierwszeństwa wykładni językowej. Jeżeli językowe znaczenie tekstu jest jasne, wówczas - zgodnie z zasadą clara non sunt interpretanda - nie ma potrzeby sięgania po inne, pozajęzykowe metody wykładni. W takim wypadku wykładnia pozajęzykowa może jedynie dodatkowo potwierdzać, a więc wzmacniać, wyniki wykładni językowej wykładnią systemową czy funkcjonalną. Nie oznacza to jednak, że granica wykładni, jaką stanowić może językowe znaczenie tekstu, jest granicą bezwzględną. Oznacza to jedynie, że do przekroczenia tej granicy niezbędne jest silne uzasadnienie aksjologiczne, odwołujące się przede wszystkim do wartości konstytucyjnych. Sąd Najwyższy w swoim orzecznictwie wielokrotnie wyjaśniał, że przepisy regulujące system zabezpieczenia społecznego ze względu na swoją istotę i konstrukcję podlegają wykładni ścisłej. Nie powinno się więc stosować do nich wykładni celowościowej, funkcjonalnej lub aksjologicznej w opozycji do wykładni językowej, jeżeli ta ostatnia prowadzi do jednoznacznych rezultatów interpretacyjnych.

W świetle wyroku Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 2005 r., I UK 104/05, opubl. w (...) z (...), który Sąd Okręgowy w pełni podziela, „przepisy prawa ubezpieczenia społecznego mają charakter bezwzględnie obowiązujący. Tworzą system prawa ścisłego, zamkniętego. Nie mogą być interpretowane rozszerzająco, zwłaszcza przy zastosowaniu wykładni aksjologicznej.”

W tym stanie rzeczy okoliczność w postaci złożenia deklaracji rozliczeniowej po terminie bądź jej błędne wypełnienie nie powoduje ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego **w sytuacji terminowego opłacania składek we właściwej wysokości.**

Zebrany zaś w sprawie materiał dowodowy nie pozostawia w przekonaniu Sąd II instancji jakichkolwiek wątpliwości, że wnioskodawca należne na ubezpieczenia społeczne, w tym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe składki opłacił w terminie i w prawidłowej wysokości.

Ubezpieczony wykazał bowiem, że składki na ubezpieczenia społeczne (w tym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe) w spornym okresie od 04.2019 r. (faktyczna data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej a nie jak błędnie przyjął organ rentowy -01.2019 r.) do 12.2019 r. były opłacone w terminie, tj.:

- za 04, 08 i 09.2019r. składki były nadpłacone,
- za 06, 07, 10 i 11.2019r. składki były opłacone w prawidłowej wysokości,
- za 12.2019r. składki zostały pokryte z nadpłat za 04, 08 i 09.2019r. (informacja ZUS k. 317). Jest to w istocie okoliczność poza sporem.

W przekonaniu Sądu II instancji słusznie więc w realiach badanej sprawy Sąd Rejonowy przyjął, że wnioskodawca wykazał, że w terminie i we właściwej wysokości uiszczył należne składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe.

Organ rentowy natomiast z naruszeniem art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych stwierdził, że ubezpieczenie chorobowe ustało z grudniem 2019 r. i z uwagi na powyższe odmówił prawa do zasiłku chorobowego od dnia 19 grudnia 2019 r.

Przy założeniu nawet, że organ rentowy prawidłowo wykonał przepisy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 21 września 2017 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach z rozliczania składek, do których poboru jest zobowiązany Zakład Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1831), to jego działanie, którego efektem były zaskarżone decyzje nastąpiło, w przekonaniu Sądu Okręgowego, ze względu na opłacenie wymaganych składek w terminie - sprzeczne z przepisem art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Natomiast w świetle wskazanych wyżej przepisów ustawy systemowej istniała możliwość prawidłowego skorygowania błędnej deklaracji za miesiąc styczeń 2019 r., to tym samym należało w niniejszej sprawie wymagać, aby organ wyjaśnił rozbieżności pomiędzy deklaracją, a dokonany przez wnioskodawcę zgłoszeniem do ubezpieczeń (2 kwietnia 2019 r.) oraz wysokością składki i wezwał ubezpieczonego do złożenia właściwej deklaracji korygującej.

W przekonaniu Sądu kluczowe dla zachowania tytułu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu znaczenie ma fakt opłacenia składek za okres od kwietnia 2019 r. (faktyczna data podjęcia działalności gospodarczej i data przystąpienia do ubezpieczeń z tego tytułu) do grudnia 2019 r. na ubezpieczenia społeczne we właściwej wysokości i w terminie, i ten warunek ubezpieczony spełnił.

Jak się jednak okazuje, z powodu oczywistego błędu w deklaracji rozliczeniowej za kwiecień 2019 r. poprzez wskazanie, że dotyczy ona miesiąca stycznia 2019 r., podczas, gdy ubezpieczony nie podlegał i nie mógł podlegać ubezpieczeniom społecznym z tytułu działalności gospodarczej, gdyż nie rozpoczął jeszcze jej prowadzenia, niedoskonałość systemu rozliczeń składek doprowadziła do pozbawienia wnioskodawcy tytułu do ubezpieczenia chorobowego a co za tym idzie prawa do zasiłku chorobowego.

Wnioskodawca został pozbawiony tytułu do ubezpieczenia chorobowego mimo, że należycie i w terminie składki opłacił.

Organ rentowy na podstawie błędnej deklaracji dokonał rozliczenia dokonanych przez ubezpieczonego wpłat na jego koncie. Wnioskodawca, który w terminie i w prawidłowej wysokości opłacił wymagane składki nie ma wpływu na dokonywane przez system ZUS rozdysonowanie prawidłowo uiszczonych przez niego składek.

Nie ma w tej sytuacji podstawy w przepisach prawa powszechnie obowiązującego do uznania przez organ rentowy, że złożenie przez płatnika wadliwej deklaracji za miesiąc kwiecień 2019 r. - przy jednoczesnym opłaceniu składki w prawidłowej wysokości i w prawidłowym terminie, ale przy błędnym jej rozliczeniu (przez ZUS) (zaksięgowanie wpłaty na poczet składek za miesiąc styczeń 2019 r. - które to składki były nienależne) - miał skutkować uznaniem, że składka za kwiecień 2019 r. nie została opłacona w całości w terminie.

Sąd II instancji miał na uwadze, że art. 14 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych stanowi jedynie o nieopłaceniu składki w terminie w prawidłowej wysokości; nie ma tam natomiast wskazania, co do ewentualnego braku prawidłowego rozliczenia opłaconej składki. Mimo, że faktycznie odwołujący złożył błędną deklarację za miesiąc kwiecień 2019 r., to nie można tego stanu faktycznego uznać za równoważny z nieopłaceniem składki w terminie.

Tym samym Sąd I instancji prawidłowo uznał, że odwołania są zasadne, składki za okres kwiecień - grudzień 2019 r. zostały opłacone w prawidłowej wysokości i w terminie. Wobec powyższego odwołujący podlegał ubezpieczeniu chorobowemu w grudniu 2019 r., a więc nie stracił on w tym miesiącu ciągłości swojego ubezpieczenia. A zatem spełniony jest też warunek odpowiedniego okresu ubezpieczenia z art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa; ubezpieczony zachowuje więc prawo do zasiłku chorobowego. Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie kwestionował bowiem samej niezdolności do pracy odwołującego w okresie objętymi zaskarżonymi decyzjami.

W tym stanie rzeczy Sąd Okręgowy na mocy art. 381 k.p.c. pominął wniosek dowodowy organu rentowego o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego sądowego ds. rachunkowości na okoliczność dokonywanych przez wnioskodawcę wpłat i ich wysokości a także zgodności rozliczeń organu rentowego z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 21 września 2017 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach z rozliczania składek, do

których poboru jest zobowiązany Zakład Ubezpieczeń Społecznych, jako spóźniony. Dodatkowo też przeprowadzenie przedmiotowego dowodu nie miało znaczenia dla rozstrzygnięcia, gdyż dotychczas zgromadzony materiał dowodowy był w pełni wystarczający do wydania wyroku.

Podkreślić w tym miejscu trzeba, że Sąd Rejonowy jedynie niewłaściwie obliczył 182 - dniowy okres trwania niezdolności do pracy wnioskodawcy z powodu choroby w świetle art. 8 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, gdyż okres ten licząc od dnia 19 grudnia 2019 r. (data początkowa niezdolności) winien ulec zakończeniu w dniu 17 czerwca 2020 r., gdyż 2020 r. był rokiem przestępnym i wówczas miesiąc luty liczył 29 dni, a nie jak błędnie przyjął Sąd I instancji 28 dni.

Mając na uwadze powyższe Sąd Okręgowy w Łodzi uznając apelację organu rentowego za uzasadnioną we wskazanym zakresie, na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. zmienił zaskarżony wyrok i orzekł jak w punkcie 1 sentencji.

W pozostałej zaś części, na mocy art. 385 k.p.c., Sąd Okręgowy oddalił apelację Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, jako bezzasadną.

ZARZĄDZENIE

Odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikowi ZUS wraz z aktami rentowymi- pocztą.

21 III 2022 roku.