

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 14 kwietnia 2022 roku Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w sprawie sygn. akt X U 137/22 po rozpoznaniu sprawy M. G. przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych I Oddziałowi w Ł. o zasiłek chorobowy, na skutek odwołania M. G. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddziału w Ł. z dnia 13 stycznia 2022 r., znak (...), nr (...), zmienił zaskarżoną decyzję i przyznał M. G. prawo do zasiłku chorobowego za okres od 10 listopada 2021 r. do 30 listopada 2021 r.

Powyzsze orzeczenie zapadlo w oparciu o nastepujace ustalenia faktyczne:

Wnioskodawczyni podlegala dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytulou prowadzenia dzialalnosci gospodarczej. Do lipca 2021 r. wlaczenie wnioskodawczyni byla uprawniona do uiszczania skladek preferencyjnych. Za okres od sierpnia 2021 r. wnioskodawczyni skladalala deklaracje, w ktorzych wykazywala zanizone wartosci skladek, niemniej wpłaty następowaly w terminie i w prawidlowej wysokosci. Poprawne deklaracje rozliczeniowe zostaly zlozone po terminie – (...) za sierpień 2021 r. w dniu 25 pazdziernika 2021 r., za wrzesień 2021 r. – w dniu 18 listopada 2021 r.

Za okres od 10 listopada 2021 r. do 30 listopada 2021 r. wnioskodawczyni otrzymala zwolnienie lekarskie i zlozyla do ZUS wniosek o wyplate zasiłku chorobowego.

W oparciu o tak ustalony stan faktyczny Sąd Rejonowy uznal odwolanie M. G. za zasadne.

Sąd wskazal, ze zgodnie z art. 6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o swiadczeniach pienieznych z ubezpieczenia spolecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. Nr 60, poz. 635 ze zm.) zasiłek chorobowy przysluguje ubezpieczonemu, który stal się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego.

Sąd I instancji podkreslil, ze organ rentowy zarzucil, iz wnioskodawczyni od dnia 1 listopada 2010 r. nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, bowiem skladka na to ubezpieczenie za listopad 2021 r. zostala oplacona po terminie.

Osoby prowadzace dzialalnosc gospodarcza podlegaja ubezpieczeniu chorobowemu dobrowolnie (art.11 ustawy z dnia 13 pazdziernika 1998r. o systemie ubezpieczen spolecznych – Dz. U. nr 137 poz.887 ze zmianami). Zgodnie z dyspozycja art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 13 pazdziernika 1998 roku objecie dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym, rentowym i chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objecie tymi ubezpieczeniami, nie wzczesniej jednak niz od dnia, w ktorzym wniosek zostal zgloszony.

Zgodnie z dyspozycja art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 13 pazdziernika 1998 roku o systemie ubezpieczen spolecznych (Dz. U. nr 137 poz. 887 ze zm.), ubezpieczenie (...) chorobowe ustaje od pierwszego dnia miesiaca kalendarzowego, za który nie oplacono w terminie skladki naleznej na to ubezpieczenie; w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, moze wyrazic zgode na oplacenie skladki po terminie, z zastrzezeniem ust. 2a.

Jak wynika z dokonanych przez Sąd I instancji ustalen nalezne skladki na ubezpieczenia spoleczne wnioskodawczyni za okres od sierpnia 2021 r. byly oplacane w terminie i w prawidlowej wysokosci. W ocenie Sądu Rejonowego fakt skorygowania deklaracji za sierpień oraz wrzesień 2021 r. nie uprawniał organu rentowego do zaliczenia ewentualnej różnicy pomiedzy kwota pierwotnie wpisana w deklaracji (zaniżona) a ostateczna, wskazana w deklaracji korygujacej, jako nadplaty na skladki nalezne w przyszłosci. Stąd tez nie mogła powstac niedopłata, tylko z powodu zaniżonej kwoty w deklaracji, skoro prawidlowa kwota zostala zaplacona w terminie zapłaty naleznosci.

Sąd I Instancji podniosl, ze kwestie rozliczania skladek reguluje Rozporzadzenie Rady Ministrów w sprawie szczegolowych zasad i trybu postepowania w sprawach rozliczania skladek, do ktorzych poboru jest zobowiazany Zakład Ubezpieczen Spolecznych z dnia 21 wrzesnia 2017 r. (Dz. U. z 2017 r. poz. 1831). Zgodnie z par. 21 ust. 1 i 2

tegoż rozporządzenia, zgodnie z którym, jeżeli wpłata jest przeznaczona na pokrycie należnych składek za dany miesiąc kalendarzowy oraz składek objętych układem ratalnym lub odroczeniem terminu płatności, Zakład rozlicza wpłatę według kolejności wyznaczonej terminami płatności tych należności. W przypadku tego samego terminu płatności należności, o których mowa w ust. 1, wpłatę w pierwszej kolejności Zakład rozlicza na pokrycie należnych składek za dany miesiąc kalendarzowy. Zgodnie z brzemieniem tego przepisu wpłaty dokonane przez wnioskodawczynię w terminach płatności składek za dany miesiąc, należało zaliczyć na te miesiące, bowiem odpowiadały ona wysokości należności za ten miesiąc, niezależnie od tego, że pierwotna deklaracja zawierała błędy (zaniżała wysokość składki).

Zdaniem Sądu Rejonowego, organ rentowy wychodzi z błędnego założenia, że w wyniku korekty deklaracji powstała nadpłata składki. Korekta była prawidłowa, a pierwotna deklaracja błędna. Składka została jednak zapłacona w terminie i w prawidłowej wysokości, więc nie może ona stanowić podstawy dokonywania jakichkolwiek rozliczeń na należności przyszłe. W prawie polskim, zarówno administracyjnym, jak i cywilnym, nie istnieje konstrukcja pozwalająca wierzycielowi na zaliczanie wpłat dokonywanych przez dłużnika na należności przyszłe, w sytuacji, gdy wiarygodność wymagalna nie jest zaspokojona. Nie wiadomo przede wszystkim czy powstaną jakiegokolwiek zobowiązania przyszłe, bowiem wnioskodawczyni w każdym momencie może zakończyć prowadzenie działalności gospodarczej. Przyjęty przez organ rentowy system rozliczenia składek prowadzi do sytuacji, w której ubezpieczony ma jednocześnie nadpłatę i dług. Istota tej sprawy sprowadza się do takiego właśnie błędnego mechanizmu przeliczania przez organ rentowy wpłacanych składek.

Sąd I instancji podkreślił, że brak jest jakichkolwiek podstaw do przypisania użytemu w powołanym art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych zwrotowi „nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie”, jakiegokolwiek innego znaczenia niż przelania określonej kwoty pieniężnej, w określonej dacie na konto organu rentowego.

Z uwagi na powyższe zaskarżoną decyzję Sąd Rejonowy zmienił na podstawie art. 477 (14) par. 2 KPC i przyznał wnioskodawczyni prawo do zasiłku chorobowego za sporny okres.

Od powyższego wyroku apelację złożył Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. zaskarżając go w całości i wnosząc o jego zmianę oraz oddalenie odwołania ewentualnie o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania sądowi I instancji.

Rozstrzygnięciu zarzucono:

1. naruszenie prawa materialnego tj.:

- art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 13.10.1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t. jedn. Dz.U. z 2021 r. poz. 423);
- § 12 rozporządzenia RM z 21.09.2017r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, do których poboru jest zobowiązany Zakład Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2017, poz.1831);
- art. 4 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 25.06.1999r. (t. jedn. Dz.U. z 2021r., poz. 1133) poprzez przyjęcie, że składki za okres od 08/2021 do 11/2021 zostały opłacone w terminie, a w konsekwencji, że M. G. przysługuje zasiłek chorobowy za okres 10.11.2021r. - 30.11.2021r.

2. błąd w ustaleniach faktycznych polegający na przyjęciu, że składki za okres od (...) zostały opłacone w terminie;

3. naruszenie prawa procesowego tj. art. 233 k.p.c. poprzez brak szczegółowego uzasadnienia stanowiska Sądu tj. nie przedstawienie matematycznie sposobu, w jaki poszczególne wpłaty powinny zostać rozliczone oraz niewskazanie, którymi konkretnie wpłatami zdaniem Sądu miałyby zostać pokryte składki za okres (...)

- (...) i w jakich datach zostały one opłacone.

Sąd Okręgowy w Łodzi zważył, co następuje:

Apelacja podlega oddaleniu.

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.

W rozpoznawanej sprawie w apelacji ZUS nie wnosił o rozpoznanie sprawy na rozprawie, a złożone dotychczas pisma procesowe i brak złożenia na etapie postępowania II instancyjnego wniosków dowodowych, 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 wyznaczanie 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 nie zasługiwała na uwzględnienie.

Sąd II instancji w pełni aprobując i przyjmując ustalenia faktyczne Sądu Rejonowego, jako własne, jednocześnie stwierdził, że nie zachodzi obecnie potrzeba powielania w tym miejscu tych ustaleń (por. wyrok SN z 5.11.1998 r., I PKN 339/98, OSNAPiUS 1999/24/).

W ocenie Sądu Okręgowego nie jest zasadny zarzut naruszenia przez sąd I instancji przepisów postępowania, które miało wpływ na wynik sprawy, tj. art. 233 § 1 k.p.c. Ów przepis stanowi, iż sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Sąd dokonuje oceny wszystkich dowodów przeprowadzonych w postępowaniu, jak również wszelkich okoliczności towarzyszących przeprowadzaniu poszczególnych dowodów, mających znaczenie dla ich mocy i wiarygodności (tak np. Sąd Najwyższy w uzasadnieniu orzeczenia z 11 lipca 2002 roku, IV CKN 1218/00, LEX nr 80266).

Ramy swobodnej oceny dowodów są zakresłone wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego, regułami logicznego myślenia oraz pewnym poziomem świadomości prawnej, według których sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i wając ich moc oraz wiarygodność, odnosi je do pozostałego materiału dowodowego (tak też Sąd Najwyższy w licznych orzeczeniach, np. z dnia 19 czerwca 2001 roku, II UKN 423/00, OSNP 2003/5/137). Poprawność rozumowania sądu powinna być możliwa do skontrolowania, z czym wiąże się obowiązek prawidłowego uzasadniania orzeczeń (art. 328 § 2 k.p.c.).

Skuteczne postawienie zarzutu naruszenia przez sąd art. 233 § 1 k.p.c. wymaga wykazania, iż sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego. Natomiast zarzut dowolnego i fragmentarycznego rozważenia materiału dowodowego wymaga dla swej skuteczności konkretyzacji, i to nie tylko przez wskazanie przepisów procesowych, z naruszeniem których apelujący łączy taki skutek, lecz również przez określenie, jakich dowodów lub jakiej części materiału zarzut dotyczy, a ponadto podania przesłanek dyskwalifikacji postępowania sądu pierwszej instancji w zakresie oceny poszczególnych dowodów na tle znaczenia całokształtu materiału dowodowego oraz w zakresie przyjętej podstawy orzeczenia.

Zdaniem Sądu Okręgowego organ rentowy w żadnym zakresie nie wykazał, iż Sąd I instancji uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego. Nie zasadnym okazały się również zarzuty naruszenia wskazanych w apelacji przepisów prawa materialnego.

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 2019 r. poz. 300 i 303), zwanym dalej "ubezpieczonymi" (Dz. U. 2019.645).

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.

Według 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.

Natomiast zgodnie z art. 47 ust. 1 wymienionej ustawy 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: - do 10 dnia następnego miesiąca - dla osób fizycznych opłacających składkę wyłącznie za siebie; - do 5 dnia następnego miesiąca - dla jednostek budżetowych i samorządowych zakładów budżetowych; - do 15 dnia następnego miesiąca - dla pozostałych płatników.

Powołać należy również treść art. 48 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, który stanowi: "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".

Jak słusznie nakreślił w ślad 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".

Z kolei, jak wskazuje Sąd Apelacyjny w Białymstoku w wyroku z dnia 2 grudnia 2015 r. III AUa 576/15: "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".

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.

Zgodnie z art. 14 ust. 2 w pojęciu „nieopłacenie w terminie składki” mieszczą się trzy sytuacje: nieopłacenie w terminie w ogóle składki za dany miesiąc, opłacenie składki w niepełnej wysokości oraz opłacenie składki z przekroczeniem terminu (por. K. Dziwota, (w:) J. Wantoch-Rekowski (red.), Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych, s. 111).

A 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 opłacenie składki w niepełnej wysokości 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 w pełnej wysokości. Jedynie złożenie wniosku o przywrócenie terminu do opłacenia składek umożliwia ewentualne kontynuowanie ubezpieczenia. Opłacenie składki po ustaniu z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia nie powoduje dalszego trwania ochrony ubezpieczeniowej z wygasłego stosunku ubezpieczenia. Ubezpieczenie to wygasa nawet w sytuacji, gdy osoba zobowiązana nie ponosi winy za nieopłacenie składki. Wyrażenie przez organ rentowy zgody na opłacenie składki po terminie sprawia natomiast, że pomimo, iż składka nie została uiszczona w terminie, dobrowolne ubezpieczenie nie ustaje (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).

Odnosząc się do zarzutów apelacji podnieść należy, że w żaden sposób nie podważają one prawidłowości rozstrzygnięcia Sądu I instancji.

W świetle argumentów odwołania i ustaleń zaskarżonej decyzji, istotą sprawy, która wymagała zbadania było to czy składkę za sierpień i wrzesień 2021 r. wnioskodawczyni opłaciła w terminie.

Przypomnijmy, że odwołująca winna opłacić za obydwa wymienione miesiące składki w wysokości po 1457,49 zł za każdy z nich.

W rozpoznawanej sprawie wnioskodawczyni nie złożyła w terminie deklaracji (...) za sierpień 2021r., wobec czego wygenerowała się deklaracja systemowa z kwotami składek w wysokości preferencyjnej tj.: 265,78zł na FUS, 381,81zł na FUZ (bez składek na FP). W dniu 09.09.2021r. wnioskodawczyni dokonała wpłaty w kwocie 1457,49zł, która rozliczyła się zgodnie z aktualnym stanem dokumentów na koncie tj. 265,78zł na FUS za (...), 381,81zł na FUZ za (...), a pozostała kwota rozliczyła się na należności przyszłe tj. m. in. na składki na FUS i FUZ za (...). Wnioskodawczyni nie złożyła w terminie również deklaracji (...) za wrzesień 2021r., wobec czego wygenerowała się deklaracja systemowa z kwotami składek w wysokości preferencyjnej tj.: 265,78zł na FUS, 381,81zł na FUZ (bez składek na FP). W dniu 09.10.2021r. wnioskodawczyni dokonała wpłaty w kwocie 1457,49zł, która rozliczyła się zgodnie z aktualnym stanem dokumentów na koncie na należności przyszłe tj., m. in. składki za (...), ponieważ wykazane w deklaracji (...) systemowej składki na FUS i FUZ były już pokryte wpłatą z 09.09.2021r. W dniu 25.10.2021r. wnioskodawczyni złożyła deklarację (...) za (...) z kwotami składek: 998,37zł na FUS, 381,81zł na FUZ, 77,31zł na FP. Po złożeniu przez wnioskodawczynię deklaracji (...) za (...) w dniu 25.10.2021r. wpłaty uległy wystornowaniu i wówczas wpłata z 09.09.2021r. pokryła: FUS za (...) -428,09zł (265,78 + „uwolniona” kwota 162,31zł, FUZ za (...) - 381,81zł. Pozostała kwota (265,78zł + 381.81zł) była już rozliczona na należne już wówczas składki za (...), dlatego nie mogła zostać „przeksięgowana” na FUS za (...). Powstała niedopłata za FP w kwocie 77,31zł. Powstała również niedopłata na FUS za (...) w kwocie 570,28zł, która została pokryta wpłatą z 09.10.2021r. - a zatem po terminie. W dniu 18.11.2021r.. wnioskodawczyni złożyła (...) za (...) z kwotami składek:998,37zł na FUS, 381,81zł na FUZ, 77,31 na FP. Po złożeniu przez wnioskodawczynię deklaracji (...) za (...) w dniu 18.11.2021r. wpłaty uległy wystornowaniu i wówczas wpłata

z 09.10.2021r. pokryła: niedopłatę na FUS za (...) - 570,28zł, niedopłatę na FP za (...) - 77,31zł, uwolniona kwota 162,31zł rozliczyła się na FUS za (...). Pozostała kwota pokryła należne już wówczas składki za (...) (265,78zł + 381.81zł), dlatego nie mogła zostać „przebiegowana” na FUS za (...). Powstała niedopłata za FP w kwocie 77,31zł. Powstała również niedopłata na FUS za (...) w kwocie 570,28zł, która została pokryta wpłatą z 09.11.2021r. - a zatem po terminie. Składki od (...) zostały opłacone przez ubezpieczoną w terminie, jednakże wpłata z 09.11.2021r. pokryła powstałe niedopłaty na FP za (...), (...) oraz na FUS za (...), a także bieżące składki.

A zatem zarówno wysokość wpłaty, jak i termin jej dokonania były prawidłowe. Jednakże z uwagi na nie złożenie przez skarżącą deklaracji w należnym terminie, system wygenerował z urzędu deklaracje z kwotami składek w wysokości preferencyjnej i tym samym powstała nadpłata, którą system zaliczył na poczet należności przyszłych odpowiednio za wrzesień i październik 2021 roku. W tej sytuacji organ rentowy argumentował w uzasadnieniu apelacji, że wymagana składka za sierpień 2021 roku została pokryta we właściwym terminie (z wpłaty wnioskodawczyni w dniu 9 września 2021 roku) w kwocie 809,509 zł, zaś pozostała jej część, de facto wpłacona przez odwołującą w dniu 9 września 2021 roku, została już rozliczona na inny miesiąc, a tym samym dopiero wpłaty z 9 października i 9 listopada 2021 roku pokryły tę „zaległość” w całości. Taki sam sposób rozumowania przedstawił apelujący również co do składki za wrzesień 2021 roku. Z tych przyczyn organ rentowy uznał, że składki za sierpień i wrzesień 2021 r. zostały opłacone po upływie terminu.

Jednocześnie nie tylko wnioskodawczyni konsekwentnie twierdziła, że składki za sporne miesiące w prawidłowej wysokości opłaciła w terminie, ale również organ rentowy nie kwestionował, że dokonała ona wpłat: w dniu 9 września 2021 roku kwoty 1457,49 zł oraz w dniu 9 października 2021 roku kwoty 1457,49 zł. Tym samym, zebrany w sprawie materiał nie pozostawia również w przekonaniu Sąd II instancji jakichkolwiek wątpliwości, że wnioskodawczyni należne na ubezpieczenia społeczne, w tym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe składki opłaciła w terminie.

Ubezpieczona wykazała bowiem, że należną ze wskazanego wyżej tytułu składkę za sierpień i wrzesień 2021 r. w pełnej wysokości pokryły odpowiednio wpłaty z 9 września 2021 roku w kwocie 1457,49 zł oraz z 9 października 2021 roku w kwocie 1457,49 zł. Tym samym ubezpieczona uiszczyła w terminie we wskazanej przez organ rentowy prawidłowej kwocie składki za sierpień i wrzesień 2021 r. Jest to w istocie okoliczność poza sporem.

W świetle tego materiału tylko oczywisty ewidentny błąd tj. fakt nie złożenia stosownych deklaracji za sporne miesiące we właściwym terminie, spowodował, że dla systemu ZUS błędne deklaracje wygenerowane z urzędu stanowiły podstawę obliczenia składki. Pomimo, że wnioskodawczyni terminowo uiszczyła składkę na ubezpieczenia społeczne, w tym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, w wymaganej wysokości, nie złożenie przez płatnika składek deklaracji w terminie - na co wprost wskazuje organ rentowy - wpłynęło w sposób istotny na stan rozliczeń na koncie i bezpośrednim skutkiem tych rozliczeń jest wyłączenie odwołującej z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 1.08. do 30.09.2021 r.

Faktycznie jednak w świetle treści nawet samej apelacji, należność na ubezpieczenia społeczne, w tym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, za sporne miesiące, we właściwych kwotach i terminach została opłacona. W oderwaniu od tych faktów system ZUS dokonał ewidentnie niekorzystnych dla ubezpieczonej księgowania.

W przekonaniu Sądu II instancji słusznie w realiach badanej sprawy Sąd Rejonowy przyjął, że wnioskodawczyni wykazała zatem, że w terminie i we właściwej wysokości uiszczyła należne za sierpień i wrzesień 2021 r. składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Tym samym jej żądanie zasiłku chorobowego i wcześniejszego ustalenia, że podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 1 sierpnia do 30 września 2021 r. jest uzasadnione.

Zdaniem Sądu II instancji z naruszeniem zatem art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, Oddział ZUS stwierdził, że ubezpieczenie chorobowe ustało z dniem 1 sierpnia 2021 r.

Zakładając nawet, że organ rentowy prawidłowo wykonał powołane w apelacji 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 jest zaskarżona decyzja było w przekonaniu Sądu – ze względu na opłacenie wymaganych składek w terminie - sprzeczne z przepisem art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

W ocenie Sądu II instancji rozumowanie apelanta jest błędne. Sąd miał na uwadze, że 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 pkt 1 i ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, płatnik składek, który opłaca składki wyłącznie za siebie, przysyła jedynie deklarację rozliczeniową w terminie nie później niż do 10 dnia następnego miesiąca. 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.

Należy podkreślić, że jeżeli po wymierzeniu składek z urzędu płatnik składek złoży deklarację rozliczeniową, Zakład dokonuje korekty wymiaru składek do wysokości wynikającej ze złożonej przez płatnika deklaracji rozliczeniowej, z uwzględnieniem wykazanych w deklaracji zasiłków oraz zasiłków rodzinnych i pielęgnacyjnych.

Skoro więc jest możliwość skorygowania deklaracji, to tym samym należało w niniejszej sprawie wymagać, aby organ wyjaśnił rozbieżności pomiędzy deklaracją wygenerowaną przez system, a wysokością składki i wezwał odwołującą do złożenia deklaracji.

Ma oczywiście rację organ rentowy w zakresie dokonanej przez ustawodawcę zmiany przepisów, jednakże zamiana ta w żaden sposób nie mogła wpłynąć na rozstrzygnięcie w przedmiotowej sprawie.

Niewątpliwie do 31.12.2017 r. obowiązywało rozporządzenie Rady Ministrów z 18.04.2008r. (Dz. U. 78, poz. 465), które przewidywało odmienne zasady rozliczania wpłat, a w szczególności z § 11 ww. rozporządzenia wynikało, że co do zasady wpłata rozliczana jest zgodnie z dyspozycją płatnika na dokumencie płatniczym. Zatem w razie gdy wpłata była w prawidłowej wysokości, a brak było jedynie prawidłowej deklaracji, wpłata była rozliczana w taki sposób, jak gdyby od początku w systemie figurowały prawidłowe dokumenty rozliczeniowe.

Począwszy od 1 stycznia 2018 r., zmianie uległ sposób dokonywania przez płatników składek należnych wpłat i ich rozliczania. Powyższe zmiany zostały wprowadzone rozporządzeniem 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. 2017 poz. 1831). Miały one związek z nowelizacją ustawy systemowej, na mocy której od 1 stycznia 2018 r. płatnicy są zobowiązani opłacać składki jedną wpłatą na indywidualne konta składkowe przydzielone przez ZUS. Zgodnie z obowiązującymi obecnie przepisami każdą wpłatę dzieli się proporcjonalnie na wszystkie rodzaje opłaconych składek na podstawie ich udziału w ostatniej deklaracji rozliczeniowej, a płatnik składek nie ma już wpływu na jaki okres należności składkowych wpłata zostanie zaliczona. W sytuacji, gdy na koncie płatnika figuruje zaległość, wpłata z tytułu składek jest z urzędu zaliczona najpierw na pokrycie najstarszych należności (§ 12 rozporządzenia z dnia 21 września 2017 r. w sprawie szczególnych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, do których poboru jest zobowiązany Zakład Ubezpieczeń Społecznych.). Wpłaty bieżące, co do zasady, są regulowane dopiero po spłacie całego zadłużenia. Kwota wpłaty w części przypadającej na ubezpieczenie społeczne podlega zaliczeniu na fundusz emerytalny i otwarte fundusze emerytalne, fundusz rentowy, fundusz chorobowy oraz fundusz wypadkowy, począwszy od należności o najwcześniejszym terminie płatności, z uwzględnieniem § 13 ust. 1. Ewentualne nadpłaty składek na dany fundusz są zaś zaliczane na poczet należności na pozostałe fundusze (§ 14 rozporządzenia z dnia 21 września 2017 r.).

Powyższe nie zmienia jednak faktu, że przedmiotem niniejszego postępowania jest rozstrzygnięcie, w oparciu o art. 14 Ustawy, czy odwołująca uchybiła terminowi wpłaty pełnej składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, a jak wynika z bezspornego stanu faktycznego, dokonała ona wpłat składek we właściwym terminie i we właściwej wysokości.

Jedynie na marginesie należy zauważyć, iż zgodnie z art. 48 ust. 1 Ustawy o SUS, 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.

Z kolei na mocy ust. 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.

A zatem na podstawie art. 48 Zakład uzyskał uprawnienie do dokonywania zmian na koncie płatnika składek i ubezpieczonego w drodze tzw. wymiaru z urzędu. Jeżeli płatnik nie złoży w terminie deklaracji rozliczeniowej, nie będąc z tego obowiązku zwolnionym, Zakład dokonuje wymiaru składek w wysokości podanej przez płatnika w ostatniej deklaracji, przy czym dokonując wymiaru z urzędu, Zakład dokonuje tzw. przypisu brutto, czyli nie uwzględniając ewentualnie wypłaconych przez płatnika w danym okresie rozliczeniowym świadczeń (zasiłków oraz zasiłków rodzinnych i pielęgnacyjnych) podlegających rozliczeniu w ciężar składek. **Po dokonaniu przypisu Zakład zobowiązany jest zawiadomić płatnika o dokonanym przypisie.** Ustawa nie określa terminu, w którym Zakład powinien dokonać zawiadomienia, dlatego należy przyjąć, że powinien to uczynić bezzwłocznie (§ 28 ust. 1 rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, do których poboru jest zobowiązany Zakład Ubezpieczeń Społecznych).

Stosownie bowiem do § 28 ust. 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 21 września 2017 r. Zakład informuje ubezpieczonego i płatnika składek o sporządzonych lub skorygowanych z urzędu dokumentach ubezpieczeniowych oraz o danych wprowadzonych lub skorygowanych bezpośrednio na koncie ubezpieczonego lub na koncie płatnika składek.

Na mocy ust. 2 Zakład może zwrócić się do ubezpieczonego lub do płatnika składek o przekazanie danych niezbędnych do sporządzenia lub skorygowania z urzędu dokumentów ubezpieczeniowych oraz wprowadzenia lub skorygowania z urzędu danych na koncie ubezpieczonego lub na koncie płatnika składek.

Zaś stosownie do ust. 4 jeżeli płatnik składek nie zgadza się z danymi zawartymi w dokumentach ubezpieczeniowych sporządzonych lub skorygowanych z urzędu albo z danymi wprowadzonymi lub skorygowanymi bezpośrednio na koncie ubezpieczonego lub koncie płatnika składek, w terminie 14 dni od dnia otrzymania informacji, o której mowa w ust. 1, powinien przekazać do Zakładu dokumenty ubezpieczeniowe korygujące te dane, chyba że dane wynikają z prawomocnej decyzji lub z prawomocnego wyroku sądu.

Przepis art. 48 Ustawy nie wskazuje, w jakiej formie powinien być dokonany wymiar z urzędu (w drodze decyzji, czy w też w innej formie) należy uznać, że przypis jest czynnością techniczną, nierodzącą skutków prawnych, o której to czynności płatnik jest jedynie zawiadamiany zwykłym pismem.

W niniejszej sprawie organ rentowy nawet nie wykazał, aby dokonał niezwłocznie, wymaganego przepisami prawa, zawiadomienia wnioskodawczyni o wygenerowaniu z urzędu deklaracji za sporne miesiące z konkretnym wymiarem składek. Nie wiadomo nawet czy w ogóle dokonał takiego zawiadomienia. Natomiast, pomimo braku niezwłocznego zawiadomienia, dokonał takiej interpretacji przepisów, która spowodowała utratę zasiłku chorobowego przez odwołującą. Co istotne – gdyby stosowne powiadomienie zostało wysłane do wnioskodawczyni niezwłocznie, miałyby ona szansę na wcześniejsze skorygowanie swojego błędu i złożenie stosownej deklaracji.

Istotnie z mocy § 6 wskazanego wyżej rozporządzenia możliwe jest dokonanie przez płatnika jednej wpłaty składek obejmującej łączną ich kwotę na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne oraz Fundusze. Jednakże miało to ułatwić płatnikowi składek sposób rozliczeń, nie zaś stwarzać możliwość utraty podlegania – w okolicznościach faktycznych sprawy – dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

W przekonaniu Sądu kluczowe dla zachowania tytułu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu znaczenie ma fakt opłacenia składek za sierpień i wrzesień 2021 r. na ubezpieczenia społeczne, w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, we właściwej wysokości i w terminie, i ten warunek ubezpieczona spełniła.

Jak się jednak okazuje, z powodu późniejszego złożenia deklaracji rozliczeniowych przez odwołującą, niedoskonałość systemu rozliczeń składek doprowadziła do pozbawienia wnioskodawczyni tytułu do ubezpieczenia chorobowego, chociaż nie tylko należycie i w terminie składki opłaciła, ale też dostrzeżony błąd tj. złożenie deklaracji - jak się okazuje - bez powodzenia niezwłocznie naprawiła. Organ rentowy na podstawie błędnej deklaracji dokonał rozliczenia dokonanej przez ubezpieczoną wpłaty na jej koncie, choć zgodnie z § 12 ust. 1 rozporządzenia z dnia 21 września 2017 r. powinien to uczynić także na podstawie później złożonej deklaracji, czego w istocie ze szkodą dla wnioskodawczyni nie uczynił. Wnioskodawczyni, która w terminie i w prawidłowej wysokości opłaciła wymagane składki nie ma wpływu na dokonywane przez system ZUS rozdzysponowania prawidłowo uiszczonych przez nią składek.

Nie ma w tej sytuacji podstawy w przepisach prawa powszechnie obowiązującego do uznania przez organ rentowy, że nie złożenie prawidłowej deklaracji - przy jednoczesnym opłaceniu składki w prawidłowej wysokości i w prawidłowym terminie, ale przy błędnym jej rozliczeniu (przez ZUS) w oparciu o błędną deklarację wygenerowaną z urzędu - miał skutkować uznaniem, że składki za sierpień i wrzesień 2021 r. nie zostały opłacone 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 odwołująca złożyła następnie prawidłowe deklaracje, to nie można tego stanu faktycznego uznać za równoważny z nieopłaceniem składki w terminie tylko dlatego, że pierwsze deklaracje wygenerowane z urzędu były błędne.

Jednocześnie Sąd II instancji pragnie podkreślić, że w całości podziela ocenę jurydyczną odwołania dokonaną przez Sąd Rejonowy, a pisemne motywy skarżonego rozstrzygnięcia traktuje jako własne stanowisko, odstępując od ich ponownego przytaczania, czyniąc je integralną częścią własnego uzasadnienia.

Tym samym Sąd I instancji bezbłędnie uznał, że odwołanie jest zasadne, składki za sierpień i wrzesień 2021 r. zostały opłacone w prawidłowej wysokości i w terminie. Wobec powyższego odwołującej przysługuje prawo do zasiłku za okres od 10 do 30 listopada 2021 roku, nie straciła ona tym samym 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; ubezpieczona zachowuje więc prawo do zasiłku chorobowego. Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie kwestionował bowiem samej niezdolności do pracy odwołującej w okresie objętym zaskarżoną decyzją.

Mając na uwadze powyższe Sąd Okręgowy na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację organu rentowego.

ZARZĄDZENIE

odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikowi organu rentowego wraz z aktami rentowymi pocztą oraz z pouczeniem, iż w terminie 14 dni od dnia otrzymania wyroku z uzasadnieniem przysługuje mu prawo złożenia apelacji do tutejszego Sądu Okręgowego w Łodzi, które rozpoznaje Sąd Apelacyjny w Łodzi

A.B.