

Sygn. akt VII U 1431/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 23 marca 2017 r.

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

w składzie:

Przewodniczący SSO Renata Gąsior

Protokolant Urszula Kalinowska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 23 marca 2017 r. w Warszawie

sprawy J. D. (1)

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

o podleganie ubezpieczeniom społecznym

na skutek odwołania J. D. (1)

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (...) w W. z dnia 20 lipca 2016 r., nr (...)

zmienia zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (...) w W. z dnia 20 lipca 2016 r., nr (...) w części, w ten sposób, że stwierdza, że odwołująca J. D. (1) z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej podlega w okresie od dnia 23 lutego 2016 r. do dnia 31 maja 2016 r. dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych (...) w W., decyzją z dnia 20 lipca 2016 r., nr: (...), stwierdził, że J. D. (1), z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej w okresach od dnia 2 kwietnia 2013 r. do dnia 31 sierpnia 2013 r., od dnia 1 października 2013 r. do dnia 31 grudnia 2013 r., od dnia 1 marca 2014 r. do dnia 30 kwietnia 2014 r., od dnia 1 czerwca 2014 r. do dnia 31 sierpnia 2014 r., od dnia 1 października 2014 r. do dnia 31 października 2014 r., od dnia 1 grudnia 2014 r. do dnia 28 grudnia 2015 r. oraz od dnia 1 czerwca 2016 r. podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu. Jednocześnie w treści ww. decyzji, organ rentowy ustalił, że w okresach od dnia 3 marca 2013 r. do dnia 1 kwietnia 2013 r., od dnia 1 września 2013 r. do dnia 30 września 2013 r., od dnia 1 stycznia 2014 r. do dnia 28 lutego 2014 r., od dnia 1 maja 2014 r. do dnia 31 maja 2014 r., od dnia 1 września 2014 r. do dnia 30 września 2014 r., od dnia 1 listopada 2014 r. do dnia 30 listopada 2014 r. oraz od dnia 23 lutego 2016 r. do dnia 31 maja 2016 r. J. D. (1) nie podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu.

W uzasadnieniu decyzji organ rentowy wskazał, że zgodnie z art. 14 ust. 1 i ust. 1a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 963 ze zm.) objęcie dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym, rentowym i chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony. Objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku, tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczenia emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4 cytowanej ustawy, tj. w ciągu 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia. Stosownie zaś do treści art. 14 ust. 2 pkt. 2 powołanej ustawy, dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie. W uzasadnionych przypadkach, Zakład Ubezpieczeń Społecznych,

na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, z zastrzeżeniem ust. 2a. Organ rentowy podkreślił, że analiza posiadanej dokumentacji wykazała, że od dnia 1 marca 2013 r. ubezpieczona zgłosiła fakt prowadzenia działalności gospodarczej. Z tego tytułu J. D. (1) w okresie od dnia 2 kwietnia 2013 r. do dnia 28 grudnia 2015 r. zgłosiła się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Następnie w okresie od dnia 29 grudnia 2015 r. do dnia 22 lutego 2016 r. ubezpieczona przebywała na zasiłku macierzyńskim i w tym okresie podlegała wyłącznie ubezpieczeniu zdrowotnemu. W związku z powyższym od dnia 23 lutego 2016 r. była zobowiązana do zgłoszenia siebie do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych na formularzu (...). Od dnia 23 lutego 2016 r. wnioskodawczyni zgłosiła się do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Jednakże dokument zgłoszeniowy (...) wpłynął do organu rentowego dopiero w dniu 14 kwietnia 2016 r. W tym samym dniu ubezpieczona złożyła wniosek o przywrócenie terminu płatności składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Z uwagi na wpływ dokumentu zgłoszeniowego po terminie, Zakład Ubezpieczeń Społecznych uznał powyższy wniosek za bezprzedmiotowy, o czym poinformował J. D. (1) pismem z dnia 24 maja 2016 r. Dodał przy tym, że za miesiące 09/2013 r., 01/2014 r., 05/2014 r., 09/2014 r. i 11/2014 r. ubezpieczona dokonała wpłat należnych składek na ubezpieczenia społeczne po obowiązującym terminie płatności, a za miesiące od 02/2016 r. do 05/2016 r. w ogóle nie opłaciła należnych składek na ubezpieczenia społeczne. Z kolei za miesiąc 06/2016 r. ubezpieczona dokonała wpłaty składek w terminie i w pełnej wysokości oraz złożyła dokument rozliczeniowy (...) z wykazanymi składkami na ubezpieczenia społeczne i dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. W związku z powyższym dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu J. D. (1) podlegała od dnia 1 czerwca 2016 r. Powyższe było podstawą do wydania zaskarżonej decyzji z dnia 20 lipca 2016 r., nr: (...) (decyzja z dnia 20 lipca 2016 r., nr: (...), k. 1-3 a.r.).

J. D. (1), w dniu 19 sierpnia 2016 r. wniosła odwołanie od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (...) w W. z dnia 20 lipca 2016 r., nr: (...), domagając się zmiany zaskarżonej decyzji i objęcia jej ubezpieczeniem emerytalnym rentowym, chorobowym i wypadkowym w zakwestionowanych przez organ rentowy okresach czasu. Ubezpieczona podała, że do przekroczenia terminu na zgłoszenie się do obowiązkowych ubezpieczeń społecznym (w tym do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego) od dnia 23 lutego 2016 r. doszło bez jej winy, albowiem wówczas znajdowała się w trudnej sytuacji życiowej i zdrowotnej. Odwołująca zaznaczyła, że przez niedopatrzenie naruszyła termin do opłacenia składek po długim okresie prowadzenia firmy i regularnego dokonywania wpłat. Wskazała, że w tym czasie dowiedziała się, że jej ciąża nie przebiega prawidłowo, a nienarodzone dziecko cierpi na poważną wadę genetyczną w postaci zespołu (...). Powyższe zbiegło się także z chorobą psychiczną jej męża, który cierpi na dwubiegunową depresję. Stwierdziła także, że od dnia 23 lutego 2016 r. przebywała na zwolnieniu lekarskim z powodu załamania nerwowego i w tym czasie zarówno ona, jak i jej mąż byli zmuszeni do korzystania z pomocy teściów, którzy załatwiali za nich wszystkie bieżące sprawy życia codziennego, w tym sprawy urzędowe oraz te, które bezpośrednio były związane ze składaniem deklaracji zgłoszeniowych do ubezpieczeń społecznych i do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w organie rentowym. Odwołująca podkreśliła, iż w momencie, w którym zorientowała się, że uchybiła terminowi do opłacenia należnych składek za okresy wskazane w zaskarżonej decyzji, niezwłocznie sporządziła wniosek o przywrócenie terminu do opłacenia ww. składek, który następnie został złożony przez jej teściową w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Niestety wniosek ten został odrzucony z uwagi na jego bezprzedmiotowość. Ubezpieczona zaznaczyła, że organ rentowy dokonał ustalenia okresów podlegania przez nią dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu bez wyjaśnienia okoliczności związanych z ustaniem tego ubezpieczenia, jak również nie poinformował jej o procedurach, których powinna dopełnić celem uzyskania prawa do zasiłku chorobowego. W ocenie odwołującej taka praktyka organu rentowego jest niedopuszczalna, albowiem powoduje stan niepewności, co do zakresu przysługujących jej praw, a w konsekwencji doprowadziła także do nasilenia się u niej dolegliwości związanych ze stresem. Powołując się na powyższe argumenty, skarżąca wniosła o zmianę zaskarżonej decyzji w całości i orzeczenie, co do istoty sprawy poprzez uznanie, że podlegała ona dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresach zakwestionowanych przez organ rentowy w treści zaskarżonej decyzji, wobec faktu spełnienia ustawowych przesłanek (odwołanie z dnia 19 sierpnia 2016 r. k. 2-3 a.s.).

W odpowiedzi na odwołanie z dnia 19 września 2016 r. **Zakład Ubezpieczeń Społecznych (...) w W.** wniosł o jego oddalenie. Uzasadniając swe stanowisko organ rentowy wskazał, że jak wynika z analizy posiadanej dokumentacji, odwołująca zgłosiła fakt prowadzenia działalności gospodarczej i z tego tytułu w okresie od dnia 2 kwietnia 2013 r.

do dnia 28 grudnia 2015 r. zgłosiła się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. W okresie od dnia 29 grudnia 2015 r. do dnia 22 lutego 2016 r. ubezpieczona przebywała na zasiłku macierzyńskim i w tym okresie podlegała wyłącznie ubezpieczeniu zdrowotnemu. Od dnia 23 lutego 2016 r. wnioskodawczyni była zobowiązana do zgłoszenia się do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych (w tym do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego) i dokonała tego zgłoszenia, jednak dokument zgłoszeniowy (...) wpłynął do organu rentowego dopiero w dniu 14 kwietnia 2016 r. W tym samym dniu ubezpieczona złożyła wniosek o przywrócenie terminu płatności składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Z uwagi na wpływ dokumentu zgłoszeniowego po terminie wniosek został uznany za bezprzedmiotowy i pismem z dnia 24 maja 2016 r. została stwierdzona odmowa. Organ rentowy zaznaczył także, że za miesiące 09/2013 r., 01/2014 r., 05/2014 r., 09/2014 r. i 11/2014 r. ubezpieczona dokonała wpłat należnych składek na ubezpieczenia społeczne po obowiązującym terminie płatności, a za miesiące od 02/2016 r. do 05/2016 r. w ogóle nie opłaciła należnych składek na ubezpieczenia społeczne. Z kolei za miesiąc 06/2016 r. ubezpieczona dokonała wpłaty składek w terminie i w pełnej wysokości oraz złożyła dokument rozliczeniowy ZUS DRA z wykazanymi składkami na ubezpieczenia społeczne i dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Organ rentowy podniósł przy tym, że zgodnie z treścią art. 14 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki na to ubezpieczenie – w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących, duchownych oraz osób wymienionych w art. 7. Jedynie w uzasadnionych przypadkach organ rentowy na wniosek ubezpieczonego może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie z zastrzeżeniem ust. 2a cyt. ustawy (odpowiedź na odwołanie z dnia 19 września 2016 r. k. 4 a.s.).

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

J. D. (1), urodzona w dniu (...), ukończyła technikum fryzjerskie. Od dnia 1 marca 2013 r. ubezpieczona prowadzi własną działalność gospodarczą, której przedmiotem jest świadczenie usług z zakresu fryzjerstwa i kosmetyki. Z tytułu prowadzenia ww. działalności gospodarczej, ubezpieczona w okresie od dnia 2 kwietnia 2013 r. do dnia 28 grudnia 2015 r. zgłosiła się do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, w tym do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Od momentu założenia wskazanej powyżej działalności gospodarczej, ubezpieczona sama zajmowała się sprawami księgowo-finansowymi firmy i nie korzystała w tym zakresie z pomocy profesjonalnego biura księgowego. Ubezpieczona samodzielnie dokonywała także wszelkich czynności przed organem rentowym i pilnowała, aby wszystkie należne składki, w tym składki na ubezpieczenia społeczne, tj. emerytalne, rentowe i wypadkowe oraz składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe były odprowadzane w obowiązujących terminach płatności (zeznania świadka I. D. k. 17-19, k. 21, zeznania odwołującej k. 19-21 a.s.).

W dniu 30 maja 2015 r. J. D. (1) (z domu A.) wyszła za mąż za J. D. (2). W październiku 2015 r. ubezpieczona dowiedziała się, że jest w ciąży. Początkowo ciąża ubezpieczonej przebiegała prawidłowo i nic nie wskazywało na to, aby dziecko było obciążone chorobami lub wadami genetycznymi. W dniu 21 grudnia 2015 r. ubezpieczona, przebywając w Klinice (...) z siedzibą przy ul. (...) poddała się badaniu prenatalnemu, które wykazało, że w 99,54% płód dotknięty jest trisomią chromosomu 21, czyli zespołem (...). Po powzięciu powyższej informacji, ubezpieczona wraz z mężem podjęli wspólną decyzję o przerwaniu ciąży i wywołaniu porodu zgodnie z ustawą z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży. W związku z powyższym w dniu 29 grudnia 2015 r. w Klinice (...) na Oddziale (...) przy ul. (...) w W. wykonano u J. D. (1) zabieg farmakologicznej indukcji poronienia, a następnie wyłyżeczkowania jamy macicy po poronieniu. Ubezpieczona została wypisana z powyższej placówki medycznej z zaleceniem leczenia farmakologicznego oraz odbywania kontroli ginekologicznych raz w miesiącu (historia choroby k. 12-14, karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 35, wynik badania prenatalnego z dnia 21 grudnia 2015 r. k. 36, odpis skrócony aktu urodzenia k. 37, zeznania świadka I. D. k. 17-19, k. 21, zeznania odwołującej k. 19-21 a.s.).

Po wyjściu ze szpitala, stan psychiczny J. D. (1) był na tyle zły, że wymagała ona pomocy za strony osób trzecich, której udzielali jej przede wszystkim teściowie. W tym czasie ubezpieczona zmagala się także z zaawansowaną chorobą psychiczną swojego męża w postaci choroby dwubiegunowej, której objawy nasiliły się po utracie wspólnego dziecka. W związku z powyższym teściowie ubezpieczonej podjęli decyzję o zamieszkaniu wraz z J. D. (2)

w ich mieszkaniu, celem zapewnienia im wsparcia psychicznego oraz pomocy niezbędnej w zwykłych bieżących sprawach życia codziennego, w tym w załatwianiu spraw urzędowych związanych z prowadzoną przez ubezpieczoną działalnością gospodarczą. Przebywając w domu ubezpieczona miała problemy ze snem – spała po kilka godzin, a przez resztę czasu płakała. Z kolei jej mąż J. D. (2), całe noce przebywał poza domem, nie odbierając od członków rodziny żadnych telefonów, a tym samym narażając ich na stres związany ze swoją osobą. Mąż odwołującej nie udzielał jej wówczas żadnego wsparcia i pomocy w najgorszym dla niej okresie życia, a wręcz przeciwnie jego zachowanie potęgowało u niej poczucie lęku i bezradności. W tym okresie czasu, małżonkowie nie byli w stanie samodzielnie przygotowywać sobie posiłków, robić zakupów, czy też załatwiać jakichkolwiek spraw na mieście. We wszystkich tych czynnościach wyręczał ich teściowie ubezpieczonej, którzy jednocześnie pilnowali ich, aby nic sobie nie zrobili. Jednocześnie z uwagi na niemożność prowadzenia działalności gospodarczej, spowodowaną swoim stanem zdrowia, J. D. (1) upoważniła teściową do załatwiania w jej imieniu wszelkich spraw urzędowych, w tym do dokonywania wszelkich czynności przed Zakładem Ubezpieczeń Społecznych w sprawach związanych ze zgłoszeniem do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, w tym do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, jak również z uiszczaniem należnych składek na ww. ubezpieczenia (historia choroby k. 38-40, zeznania świadka I. D. k. 17-19, k. 21, zeznania odwołującej k. 19-21 a.s.).

W okresie od dnia 29 grudnia 2015 r. do dnia 22 lutego 2016 r. J. D. (1) przebywała na zasiłku macierzyńskim i w tym okresie podlegała wyłącznie ubezpieczeniu zdrowotnemu. Po zakończeniu urlopu macierzyńskiego, ubezpieczona za namową teściów udała się do lekarza, który uznał, że nie powinna ona jeszcze wracać do aktywności zawodowej, z powodu konieczności podjęcia stosownej terapii. W tym samym czasie, J. D. (2) z pomocą rodziców, podjął decyzję o poddaniu się leczeniu psychiatrycznemu. Na początku marca 2016 r. teściowa ubezpieczonej udała się do siedziby Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i złożyła w jej imieniu dokument zgłoszeniowy (...) do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, w tym do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Organ rentowy odnotował wpływ powyższego zgłoszenia w dniu 14 kwietnia 2016 r., tj. z przekroczeniem wymaganego 7-dniowego terminu. Jednocześnie za okres od lutego 2016 r. do maja 2016 r. ubezpieczona nie opłaciła należnych składek na ubezpieczenia społeczne. Z uwagi na powyższe okoliczności, organ rentowy odmówił przyznania na jej rzecz prawa do zasiłku chorobowego. W tym samym dniu I. D. złożyła w organie rentowym w imieniu ubezpieczonej wniosek o przywrócenie terminu płatności składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Z uwagi na wpływ dokumentu zgłoszeniowego po terminie, pismem z dnia 24 maja 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych poinformował odwołującą o tym, że wniosek ten został uznany za bezprzedmiotowy. W związku z tym, że za miesiąc czerwiec 2016 r. J. D. (1) dokonała wpłaty składek w terminie i w pełnej wysokości, jak również złożyła dokument rozliczeniowy (...) z wykazanymi składkami na ww. ubezpieczenia, to tym samym od dnia 1 czerwca 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych objął ją dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. W czerwcu 2016 r. ubezpieczona zaszła w drugą ciążę, która pozwoliła jej pogodzić się z utratą pierwszego dziecka, a jej stan zdrowia uległ poprawie (zeznania świadka I. D. k. 17-19, k. 21, zeznania odwołującej k. 19-21 a.s., pismo z dnia 24 maja 2016 r. – dokumentacja zgromadzona w aktach organu rentowego).

Pismem z dnia 14 czerwca 2016 r. ubezpieczona wystąpiła do organu rentowego z wnioskiem o wydanie decyzji o okresach podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej. Zakład Ubezpieczeń Społecznych (...) w W., decyzją z dnia 20 lipca 2016 r., nr: (...), stwierdził, że J. D. (1), z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej w okresach od dnia 2 kwietnia 2013 r. do dnia 31 sierpnia 2013 r., od dnia 1 października 2013 r. do dnia 31 grudnia 2013 r., od dnia 1 marca 2014 r. do dnia 30 kwietnia 2014 r., od dnia 1 czerwca 2014 r. do dnia 31 sierpnia 2014 r., od dnia 1 października 2014 r. do dnia 31 października 2014 r., od dnia 1 grudnia 2014 r. do dnia 28 grudnia 2015 r. oraz od dnia 1 czerwca 2016 r. podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu. Jednocześnie w treści ww. decyzji, organ rentowy ustalił, że w okresach od dnia 3 marca 2013 r. do dnia 1 kwietnia 2013 r., od dnia 1 września 2013 r. do dnia 30 września 2013 r., od dnia 1 stycznia 2014 r. do dnia 28 lutego 2014 r., od dnia 1 maja 2014 r. do dnia 31 maja 2014 r., od dnia 1 września 2014 r. do dnia 30 września 2014 r., od dnia 1 listopada 2014 r. do dnia 30 listopada 2014 r. oraz od dnia 23 lutego 2016 r. do dnia 31 maja 2016 r. J. D. (1) nie podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu (decyzja z dnia 20 lipca 2016 r., nr: (...), k. 1-3, pismo z dnia 14 czerwca 2016 r. k. 19 a.r.).

Od niekorzystnej dla siebie decyzji organu rentowego, ubezpieczona J. D. (1) wniosła odwołanie do tut. Sądu, inicjując tym samym niniejsze postępowanie sądowe (odwołanie z dnia 19 sierpnia 2016 r. k. 2-3 a.s.).

W toku postępowania, Sąd Okręgowy Warszawa-Praga w Warszawie, postanowieniem z dnia 15 listopada 2016 r. dopuścił dowód z pisemnej opinii biegłego psychiatry na okoliczność ustalenia stanu psychicznego odwołującej J. D. (1) w okresie od dnia 23 lutego do dnia 31 maja 2016 r., a także wskazania, czy w świetle ustalonego stanu psychicznego we wskazanym okresie, była ona w pełni zdolna do kierowania własnymi sprawami i podejmowania czynności związanych z prowadzeniem własnej działalności gospodarczej (postanowienie z dnia 15 listopada 2016 r. k. 27 a.s.).

W opinii z dnia 17 stycznia 2017 r. biegła sądowa z zakresu psychiatrii M. L. rozpoznała u ubezpieczonej J. D. (1) przebyte zaburzenia adaptacyjne oraz lękowo-depresyjne. Biegła stwierdziła, że ubezpieczona w okresie od dnia 23 lutego 2016 r. do dnia 31 maja 2016 r. nie była w pełni zdolna do kierowania własnymi sprawami i podejmowania czynności związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej. Nie myślała wtedy o sprawach formalnych, była załamana, czuła się źle, nie chciała wychodzić z domu, unikała kontaktu z ludźmi. Była wówczas w trakcie leczenia psychiatrycznego, co powodowało jej niezdolność do pracy zawodowej (zwolnienie lekarskie). Przejawiała zaburzenia koncentracji snu, obniżony nastrój, lęk i poczucie winy. Była skoncentrowana na traumatycznych wydarzeniach życiowych związanych z decyzją o przerwaniu ciąży w związku z wadą genetyczną dziecka, a ponadto zmagiała się z zaostrzeniem choroby męża (opinia biegłej sądowej z zakresu psychiatrii M. L. z dnia 17 stycznia 2017 r. k. 43-45 a.s.).

Ustalenia stanu faktycznego, Sąd Okręgowy dokonał w oparciu o akta emerytalno-rentowe odwołującej, jak również dokumenty znajdujące się w aktach niniejszej sprawy. Zdaniem Sądu powołane wyżej dokumenty, w zakresie w jakim Sąd oparł na nich swoje ustalenia są wiarygodne, wzajemnie się uzupełniają i tworzą spójny stan faktyczny. Nie były one przez strony kwestionowane w zakresie ich autentyczności i zgodności z rzeczywistym stanem rzeczy, a zatem okoliczności wynikające z treści tych dokumentów należało uznać za bezsporne i mające wysoki walor dowodowy. Za wiarygodne, Sąd Okręgowy uznał również zeznania odwołującej J. D. (1) (k. 19-21 a.s.) i świadka I. D. (k. 17-19, k. 21 a.s.), jako że były one logiczne, spójne, a nadto korespondowały z materiałem rzeczowym zgromadzonym w sprawie.

Sąd w całości podzielił opinię biegłej sądowej z zakresu psychiatrii M. L. z dnia 17 stycznia 2017 r. uznając, że zawiera ona kompleksową i wyczerpującą ocenę stanu organizmu odwołującej, a nadto uwzględnia wpływ rozpoznanych u niej schorzeń na jej zdolność do pracy i podejmowania działań w związku z prowadzeniem działalności gospodarczej w okresie od dnia 23 lutego do dnia 31 maja 2016 r. Sąd uznał, że charakterystyka schorzeń została przez biegłą oceniona prawidłowo z punktu widzenia zasad logiki, przy wykorzystaniu wiedzy specjalistycznej popartej doświadczeniem osoby sporządzającej opinię. W tej mierze, Sąd Okręgowy podzielił wnioski biegłej z zakresu psychiatrii odnośnie tego, że ubezpieczona w okresie od dnia 23 lutego 2016 r. do dnia 31 maja 2016 r. nie była w pełni zdolna do kierowania własnymi sprawami i podejmowania czynności związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej. Zważyć przy tym należy, że opinia ta została wydana przez biegłą sądową o specjalności adekwatnej do schorzeń zdiagnozowanych u odwołującej. Ponadto podkreślić należy, że opiniująca w sprawie biegła swoje ustalenia i wnioski wywiodła po szczegółowej analizie całości dokumentacji medycznej oraz badaniu ubezpieczonej. Z tego powodu Sąd Okręgowy uznał, że sporządzona przez biegłą opinia może stanowić wiarygodną podstawę do rozstrzygnięcia niniejszej sprawy.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Odwołanie J. D. (1) od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (...) w W. z dnia 20 lipca 2016 r., nr: (...), zasługuje na częściowe uwzględnienie.

Osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą podlegają, stosownie do art. 6 ust. 1 pkt. 5 i art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 963 ze zm.), obowiązkowo ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu i wypadkowemu, a także - w myśl art. 11 ust. 2 - na swój wniosek dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu. Objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem następuje od dnia wskazanego we wniosku, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony (art. 14 ust. 1a).

Z art. 47 ust. 1 pkt. 1 ww. ustawy wynika, że płatnik składek, będący osobą fizyczną opłacającą składkę wyłącznie za siebie, 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. Termin do zapłaty składek dla pozostałych płatników został określony do 15-dnia następnego miesiąca (pkt. 3).

Zgodnie z dyspozycją art. 14 ust. 2 analizowanej ustawy ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe, o których mowa w ust. 1 ustają: od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony, od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie, w uzasadnionych przypadkach Zakład na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, a także od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom.

Należy zauważyć, że przepis art. 14 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych wymienia trzy, niezależne od siebie okoliczności, przy zaistnieniu których ustaje ubezpieczenie, czyli z woli płatnika na jego wniosek, z powodu nieopłacenia składki należnej za dany miesiąc, a także wobec ustania tytułu podlegania ubezpieczeniu. Z uwagi na nieopłacenie składki w terminie ustaje ubezpieczenie z mocy samego prawa. W takiej sytuacji nie jest potrzebne cofanie wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Oczywistym jest, że przez pojęcie nieopłacenia składek na dobrowolne ubezpieczenie społeczne należy rozumieć nie tylko nie opłacenie tej składki, ale również kilkudniowe opóźnienie w opłacie składek, jak również i jej opłacenie z uchybieniem terminu, czy też w niepełnej wysokości (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 28 kwietnia 2000 r., III AUa 88/00 oraz wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 27 kwietnia 2000 r., III AUa 66/00). Osoba składająca wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym i oczekująca świadczeń od organu rentowego, zobowiązana jest do opłacania składek na to ubezpieczenie w terminie i we właściwej wysokości. Przymiotem wszelkich ubezpieczeń dobrowolnych jest to, że ubezpieczenie takie jest kontynuowane, jeżeli składki na to ubezpieczenie są opłacane w terminie i we właściwej wysokości. A zatem wnioskodawca zdając sobie z tego sprawę winien dokonywać wpłat składek w przewidzianym przepisami prawa terminie oraz w określonych przez przepisy wysokościach. Jednakże w uzasadnionych przypadkach, mimo opóźnienia z zapłatą składki, Zakład Ubezpieczeń Społecznych może na wniosek zainteresowanego wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, czyli uznać, że mimo nieopłacenia składki w terminie ubezpieczenie nie ustało.

Podkreślić należy, że kwestia zgody, bądź odmowy organu rentowego, na opłacenie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie nie wymaga wydania przez organ decyzji. Ustawa systemowa przewidziała bowiem wydawanie decyzji w sprawach objętych przepisem art. 83 ust. 1, jak również w innych konkretnie wymienionych sprawach, określonych w przepisach ustawy (art. 24 ust. 1). W tych to sprawach ustawa zastrzega dla ubezpieczonych (płatników) prawo do odwołania się od wydanej decyzji do właściwego Sądu. Niewątpliwie w niniejszej sprawie wnioskodawczyni dokonała zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w dniu 14 kwietnia 2016 r., tj. z przekroczeniem wymaganego 7-dniowego terminu. Jednocześnie za okres od lutego 2016 r. do maja 2016 r. ubezpieczona nie opłaciła należnych składek na ubezpieczenia społeczne. Z uwagi na powyższe okoliczności, organ rentowy odmówił przyznania na jej rzecz prawa do zasiłku chorobowego. W tym samym dniu I. D., będąca teściową ubezpieczonej, złożyła w jej imieniu w organie rentowym wniosek o przywrócenie terminu płatności składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Z uwagi na wpływ dokumentu zgłoszeniowego po terminie, pismem z dnia 24 maja 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych poinformował odwołującą o tym, że wniosek ten został uznany za bezprzedmiotowy. Jednocześnie w związku z tym, że za miesiąc czerwiec 2016 r. J. D. (1) dokonała wpłaty składek w terminie i w pełnej wysokości, jak również złożyła dokument rozliczeniowy (...) z wykazanymi składkami na ww. ubezpieczenia, to tym samym od dnia 1 czerwca 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych objął ją dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od ww. daty.

Istotę sporu w niniejszej sprawie stanowiła zatem ocena zasadności odmowy „przywrócenia terminu” do opłacenia składki za sporny okres czasu. W ustawie nie zostały określone przesłanki „wyrażenia zgody” na opłacenie składki po terminie, wskazano jedynie, iż zgoda taka może zostać wydana w uzasadnionych przypadkach. Nie oznacza to jednak przyznania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych niczym nieograniczonego uznania w uwzględnieniu

lub nieuwzględnieniu wniosku o wyrażenie zgody. Przyznana kompetencja winna być wykonywana według sprawdzalnych, sprawiedliwych kryteriów. W doktrynie prawa administracyjnego przyjmuje się, że uznaniowość decyzji nie oznacza dowolności w ich podejmowaniu. Użyte w przepisie art. 14 ust. 2 pkt. 2 określenie „może” nie oznacza pełnej dowolności. Nie ma przy tym znaczenia, czy Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydaje odrębną decyzję, czy też rozstrzyga daną kwestię jako przesłankę wydania decyzji o określonej treści. W tym drugim przypadku, w razie poddania decyzji kontroli sądowej, badanie obejmuje wszystkie okoliczności, także te, które stanowiły przesłanki zaskarżonego rozstrzygnięcia. Należy również wskazać, że przesłanki stanowiące o możliwości przywrócenia terminu do opłacenia składek są całkowicie odmienne od przywrócenia terminu w rozumieniu art. 168 k.p.c., który to termin do dokonania czynności procesowej może być przywrócony, jeżeli strona uchybiła terminowi bez swojej winy. W powoływanym przepisie brak jest takiej przesłanki, a zatem należy domniemywać, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych może przywrócić termin do opłacenia składki, w zależności od stanu faktycznego, również w sytuacji, gdy jej nieopłacenie nastąpiło np. z winy nieumyślnej ubezpieczonego, chociażby w postaci lekkomyślności.

W ocenie Sądu Okręgowego decyzja organu rentowego w przedmiocie odmowy przywrócenia terminu do opłacenia składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za okres od dnia 23 lutego 2016 r. do dnia 31 maja 2016 r. była nieprawidłowa. Zdaniem Sądu Okręgowego w niniejszej sprawie w tym zakresie należało wydać decyzję pozytywną, gdyż zaistniały okoliczności uzasadniające przywrócenie terminu skarżącej do opłacenia składek za ww. okres czasu.

Sąd Okręgowy w pełni podziela pogląd Sądu Apelacyjnego w Łodzi sformułowany w wyroku z dnia 28 czerwca 2013 roku, sygn. akt III AUa 1537/12, zgodnie z którym Sąd Apelacyjny stwierdził, że ustawa z 1998 . o systemie ubezpieczeń społecznych w art. 14 ust. 2 pkt. 2 posługuje się pojęciem uzasadnionego przypadku. Nie wymaga, aby był to przypadek szczególnie uzasadniony, czy aby były to wyjątkowe okoliczności. Nie uzależnia też wyrażenia zgody od braku winy po stronie wnioskodawcy. Ustawa wymaga jedynie, aby był to przypadek uzasadniony, czyli taki, który obiektywnie usprawiedliwia i tłumaczy dlaczego składka nie została zapłacona w terminie.

W pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę, że odwołująca nie zalegała ze składkami i nie uiszczała ich po terminie w sposób notoryczny. J. D. (1) jest kilkuletnim płatnikiem, albowiem działalność gospodarczą prowadzi od 4 lat i dotychczas wyłącznie raz zwróciła się do organu rentowego o przywrócenie terminu do opłacenia składek po terminie, tj. w 2016 r. Okoliczności towarzyszące temu uchybieniu należało natomiast uznać za usprawiedliwione. Powyższe potwierdza opinia biegłej sądowej z zakresu psychiatrii M. L. z dnia 17 stycznia 2017 r., która wskazała, że w okresie od dnia 23 lutego 2016 r. do dnia 31 maja 2016 r. ubezpieczona nie była w pełni zdolna do kierowania własnymi sprawami i podejmowania czynności związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej. Nie myślała wtedy o sprawach formalnych, była załamana, czuła się źle, nie chciała wychodzić z domu, unikała kontaktu z ludźmi. Była wówczas w trakcie leczenia psychiatrycznego, co powodowało jej niezdolność do pracy zawodowej (zwolnienie lekarskie). Przejawiała zaburzenia koncentracji snu, obniżony nastrój, lęk i poczucie winy. Była skoncentrowana na traumatycznych wydarzeniach życiowych związanych z decyzją o przerwaniu ciąży w związku z wadą genetyczną dziecka, a ponadto zmagająca się z zaostrzeniem choroby męża. Z kolei z uwagi na wpływ dokumentu zgłoszeniowego po terminie, Zakład Ubezpieczeń Społecznych uznał wniosek o przywrócenie terminu za bezprzedmiotowy, bez sformułowania jednak konkretnych powodów, dla których odmówił racji argumentom podniesionym we wniosku odwołującej. Jak wskazano powyżej przyznana kompetencja organowi rentowemu polegająca na wyrażaniu zgody na opłacenie składki po terminie powinna być wykonywana według sprawdzalnych, sprawiedliwych kryteriów, gdyż uznaniowość decyzji nie oznacza dowolności w ich podejmowaniu. W ocenie Sądu organ rentowy nie uwzględnił wszystkich okoliczności mających wpływ na powstanie opóźnienia wpłaty należnych składek i zasadności przywrócenia terminu do ich opłacenia. Organ rentowy pominął bowiem fakt, że wnioskodawczyni prowadzi działalność gospodarczą od kilku lat, a z instytucji przywrócenia terminu do opłacenia składki po terminie skorzystała dopiero w 2016 r. Ponadto zignorowano okoliczności towarzyszące uchybieniu w złożeniu deklaracji zgłoszeniowej do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, jakimi były trudna sytuacja życiowa i zdrowotna ubezpieczonej w jakiej znalazła się ona w tym okresie czasu.

Trzeba też wskazać, że przyczyną nie opłacenia składki była nie dość dokładna i wyczerpująca informacja ze strony organu rentowego oraz przeoczenie przez ubezpieczoną konieczności „dopytania” o składki na ubezpieczenie

chorobowe. Przeoczenie to niewątpliwie było wynikiem stanu zdrowia odwołującej i jej trudnej sytuacji rodzinnej. W tym okresie czasu odwołująca z uwagi na załamanie nerwowe nie była w stanie samodzielnie prowadzić działalności gospodarczej i załatwiać związanych z tym spraw, w którym to zakresie korzystała z pomocy teściowej. Abstrahując od zaistniałych okoliczności, podkreślić należy, że uchybienie takie może zdarzyć się nawet osobie korzystającej z pomocy biura rachunkowego, a co dopiero osobie, która w spornym okresie czasu nie była w stanie pokierować jakimikolwiek własnymi sprawami osobistymi z powodów zdrowotnych. Jak wynika z zeznań wnioskodawczynie, przekazywaniem składek i deklaracji zgłoszeniowych w tym czasie zajmowała się jej teściowa I. D.. Wnioskodawczynie przebywała wówczas na zwolnieniu lekarskim w związku z przebytymi zaburzeniami adaptacyjnymi oraz lękowo-depresyjnymi po utracie chorego dziecka, a nadto dotknęła ją także zaawansowana choroba psychiczna jej męża, a więc najbliższej dla niej osoby, od której w tak trudnym dla niej okresie czasu nie mogła uzyskać jakiegokolwiek wsparcia. Niewątpliwie okoliczności te mogły w znacznym stopniu osłabić możliwość należytego dbania wnioskodawczynie o własne sprawy. Przy czym trudno uznać, że był to stan chwilowy, ograniczony jedynie do czasu zwolnienia lekarskiego, lecz można zakładać, że rozciągał się on także na okres przed i po tym momencie, na co wskazała biegła sądowa z zakresu psychiatrii M. L.. Nie chodzi tu przy tym o to, że odwołująca nie miała fizycznej możliwości opłacenia składki, czy też złożenia deklaracji zgłoszeniowej w obowiązującym terminie, ale o sytuację, w której jej błąd w tym zakresie miał charakter „usprawiedliwiony”.

Przepis art. 14 ust. 2 pkt. 2 ustawy nie powinien być traktowany z nadmiernym rygoryzmem, w tym znaczeniu że niejako automatycznie prowadzi do wyłączenia z ubezpieczenia, bez względu na okoliczności. Trzeba zatem wziąć pod uwagę te szczególne wypadki, gdy z przyczyn niezależnych w danym miesiącu uiszczenie składki nie następuje. Jest to tym bardziej uzasadnione gdy niedopatrzenie to zostaje naprawione, nie ma ono charakteru działania specjalnego, mającego niejako „oszukać” system ubezpieczeń społecznych, a nadto w historii płatnika zdarzenie to jest jednorazowe. Ubezpieczona przed tym incydentem jak i po nim sumiennie realizowała swoje obowiązki płatnika. Z tych też względów, w ocenie Sądu Okręgowego, w przypadku wnioskodawczynie zachodzi uzasadniony przypadek, o którym mowa w art. 14 ust. 2 pkt. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Konsekwencją powyższego jest stwierdzenie, że wnioskodawczynie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od dnia 23 lutego 2016 r. do dnia 31 maja 2016 r. Mając powyższe na uwadze, Sąd Okręgowy na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. zmienił zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (...) w W. z dnia 20 lipca 2016 r., nr: (...) w części w ten sposób, że stwierdził, że odwołująca J. D. (1) z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej podlega w okresie od dnia 23 lutego 2016 r. do dnia 31 maja 2016 r. dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, o czym orzekł w sentencji wyroku.

ZARZĄDZENIE

(...)

(...)