

sygn. akt III AUa 331/22

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 sierpnia 2023 r.

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

Przewodnicząca – sędzia: Urszula Iwanowska (spr.)

Sędziowie: Jolanta Hawryszko

Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk

po rozpoznaniu w dniu 10 sierpnia 2023 r., w S. na posiedzeniu niejawnym

sprawy z odwołania K. C.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w K.

o ustalenie istnienia dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego

na skutek apelacji organu rentowego od wyroku Sądu Okręgowego w Koszalinie IV Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 22 kwietnia 2022 r., sygn. akt IV U 925/20,

zmienia zaskarżony wyrok w punkcie I oraz III i oddala odwołanie w całości oraz zasądza od K. C. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w K. kwotę 180 (sto osiemdziesiąt) złotych wraz z ustawowymi odsetkami należnymi za czas po upływie tygodnia od dnia doręczenia niniejszego wyroku ubezpieczonej do dnia zapłaty tytułem zwrotu kosztów procesu;

zasądza od ubezpieczonej na rzecz organu rentowego kwotę 240 (dwieście czterdzieści) złotych wraz z ustawowymi odsetkami należnymi za czas po upływie tygodnia od dnia doręczenia niniejszego wyroku ubezpieczonej do dnia zapłaty tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Jolanta Hawryszko Urszula Iwanowska Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk

sygn. akt III AUa 331/22

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K., decyzją z dnia 30 września 2020 r., nr (...), stwierdził, że K. C. podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą od 1 kwietnia 2019 r. do 14 maja 2019 r., zaś nie podlegała temu ubezpieczeniu od 1 stycznia 2019 r. do 31 marca 2019 r. oraz od 15 czerwca 2019 r. do 31 grudnia 2019 r. podnosząc, że analiza dokumentów rozliczeniowych z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej za okres od 01/2019 do 12/2019 wykazała, iż od 01/2019 do 03/2019 oraz od 06/2019 do 12/2019 ubezpieczona zaniżyła podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe oraz nie uregulowała składek na te ubezpieczenia w prawidłowej wysokości.

W odwołaniu od powyższej decyzji K. C. wniosła o jej zmianę poprzez orzeczenie, że jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu dodatkowo w okresach od 1 stycznia do 31 marca 2019 r. oraz od 15 czerwca do 31 grudnia 2019 r. podkreślając, że w sprawie zachodziły przesłanki do wyrażenia przez organ zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie, zgodnie

z wnioskiem odwołującej, gdyż okoliczności nieuprawnionego wykorzystania zwolnienia miały charakter wyjątkowy i nie świadczyły o złej woli odwołującej, która do tej pory regulowała wszelkie składki terminowo i w pełnej wysokości.

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

Wyrokiem z dnia 22 kwietnia 2022 r. Sąd Okręgowy w Koszalinie IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych zmienił zaskarżoną decyzję w części stwierdzając, że odwołująca K. C. podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą również od 1 lipca do 31 grudnia 2019 r. (punkt I), w pozostałej części oddalił odwołanie (punkt II) oraz zniósł wzajemnie między stronami koszty procesu (punkt III).

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

Od 13 kwietnia 2011 r. K. C. prowadziła pozarolniczą działalność gospodarczą pod firmą (...) K. C. w K., wykonując usługi sprzedaży pojazdów. Z tego tytułu od początku zgłosiła się do ubezpieczenia społecznego oraz dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

W okresie od 15 maja do 14 czerwca 2019 r. podlegała tylko ubezpieczeniu zdrowotnemu w związku ze zbiegiem tytułów podlegania ubezpieczeniom społecznym.

Odwołującej wypłacono na jej wniosek zasiłek opiekuńczy w następujących okresach:

- od 8 stycznia do 15 stycznia 2016 r.
- od 31 sierpnia do 6 września 2016 r.
- od 19 września do 30 września 2016 r.
- od 1 kwietnia do 28 kwietnia 2017 r.
- od 3 kwietnia do 06 kwietnia 2018 r.,

na podstawie zaświadczeń lekarskich potwierdzających jej niezdolność do pracy z powodu sprawowania osobistej opieki nad chorymi dziećmi.

W trakcie orzeczonej niezdolności do pracy w dniach: 11 stycznia 2016 r., 14 stycznia 2016 r., od 5 do 6 września 2016 r., od 20 do 23 września 2016 r., 6 kwietnia 2017 r., 20 i 21 kwietnia 2017 r. córka ubezpieczonej A. była obecna w przedszkolu. Nie była ona objęta terapią logopedyczną w roku szkolnym 2015/2016 i 2016/2017, natomiast w roku szkolnym 2016/2017 doraźnie uczęszczała na zajęcia logopedyczne (co stanowiło wsparcie w ramach pozostałego wolnego miejsca na zajęciach). Zajęcia te były nieobowiązkowe, odbywały się za zgodą rodziców w ramach udzielania przez szkołę pomocy pedagogiczno-psychologicznej.

Również w trakcie orzeczonej wobec odwołującej niezdolności do pracy, w dniach: 4 i 6 kwietnia 2018 r., syn K. C. - A. był obecny w szkole. W dniu 4 kwietnia 2018 r. uczestniczył w 7 godzinach lekcyjnych zajęć szkolnych, natomiast dniu 6 kwietnia 2018 r. uczestniczył w zajęciach w szkole, w tym był obecny na zaplanowanej pracy klasowej z przedmiotu historia i społeczeństwo.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K., prawomocną decyzją z dnia 13 listopada 2019 r., zobowiązał odwołującą do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku opiekuńczego z funduszu chorobowego za okresy: od 8 do 15 stycznia 2016 r., od 31 sierpnia do 6 września 2016 r., od 19 do 30 września 2016 r., od 1 do 28 kwietnia 2017 r. oraz od 3 do 6 kwietnia 2018 r., w łącznej kwocie 3.224,94 zł, wraz z odsetkami do dnia doręczenia decyzji. W dniu 20 listopada 2019 r. K. C. uiszczyła na rzecz ZUS należność wynikającą z wyżej wymienionej decyzji.

W dniu 3 grudnia 2019 r. odwołująca złożyła wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie po terminie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za okresy rozliczeniowe 01/2016, 08/2016, 04/2017 i 04/2018. W piśmie z dnia 30 grudnia 2019 r., uzupełniającym powyższy wniosek wyjaśniła, że przerwanie zwolnienia wynikało z konieczności uczestnictwa jej dzieci w zajęciach szkolnych i przedszkolnych, dotyczących udziału w sprawdzianach i wizyt u logopedy. Oświadczyła, że opłaciła należną składkę wraz z odsetkami i sporządziła stosowne korekty rozliczeniowe.

Pismem z dnia 7 stycznia 2020 r. w imieniu ZUS nie wyrażono zgody na opłacenie składki po terminie stwierdzając, że odwołująca nieterminowo opłaciła różnicę w należności z tytułu składki za wrzesień 2016 r., zaś za miesiące: kwiecień 2017 r. i kwiecień 2018 r., zgoda była już udzielana. Wyjaśniono, że na chwilę rozpoznawania wniosku nieterminowość w opłaceniu składek wynikała z niewłaściwego wykorzystania zwolnienia lekarskiego.

W dniach od 30 do 31 stycznia oraz 10 lutego 2020 r. organ rentowy przeprowadził u K. C. kontrolę w zakresie prawidłowości i rzetelności obliczania składek na ubezpieczenia społeczne oraz innych składek, do których pobierania był zobowiązany, a także zgłaszania do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego. Zbadano również sposób rozliczenia składek za K. C. i jej pracownika M. H.. Podczas kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości.

Organ rentowy, decyzją z dnia 14 lutego 2020 r. zobowiązał K. C. do zwrotu nienależnie pobranych zasiłków: chorobowego i opiekuńczego z funduszu chorobowego w kwocie 48.965,65 zł oraz wypłaconych odsetek w kwocie 2,69 zł, w tym do zwrotu zasiłku chorobowego za okres od 7 listopada 2018 r. do 3 marca 2019 r., od 8 lipca do 12 sierpnia 2019 r. oraz wypłaconych odsetek w kwocie 2,69 zł za okres od 9 października do 9 listopada 2018 r.

Na dzień 6 marca 2020 r. odwołująca nie miała zaległości względem ZUS z tytułu nieopłaconych składek na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych, Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych, Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.

Wnioskiem z dnia 31 maja 2020 r. odwołująca zwróciła się do ZUS o wydanie decyzji o okresach podlegania ubezpieczeniu chorobowemu. Postępowanie administracyjne w tej sprawie zostało zakończone w dniu 13 lipca 2020 r.

W konsekwencji Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K., decyzją z dnia 22 lipca 2020 r. stwierdził, że K. C. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu w okresach od 1 do 5 stycznia 2016 r., od 27 do 26 lipca 2016 r., od 1 do 2 października 2016 r., od 18 do 20 października 2016 r., od 27 do 31 grudnia 2016 r., od 1 do 31 marca 2017 r., od 1 do 7 maja 2017 r., od 6 listopada 2017 r. do 3 stycznia 2018 r., od 1 do 4 lutego 2018 r., od 1 do 3 maja 2018 r., od 12 do 13 maja 2018 r., od 15 do 26 sierpnia 2018 r. i od 4 września do 6 listopada 2018 r.

Sąd Okręgowy w Koszalinie, wyrokiem z dnia 7 stycznia 2021 r., w sprawie IV U 762/20, oddalił odwołanie od powyższej decyzji. Sąd Apelacyjny w Szczecinie, wyrokiem z dnia 14 kwietnia 2021 r., sygn. akt III AUa 101/21, oddalił apelację wniesioną w imieniu odwołującej.

W dniu 31 sierpnia 2020 r. K. C. wniosła o wydanie decyzji o podleganiu przez nią dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2019 r. W dniu 9 września 2020 r. ZUS zakończył postępowanie administracyjne w tej sprawie. Następnie wydał zaskarżoną w niniejszym postępowaniu decyzję.

ZUS rozliczał wpłaty ubezpieczonej w sposób następujący:

Wpłatę z dnia 3 stycznia 2019 r. w kwocie 319,94 zł rozliczył następująco:

- składka na Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych za 12/2018 w kwocie 319,14 zł
- składka na Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych za 01/2019 w kwocie 0,80 zł.

Wpłatę z dnia 4 lutego 2019 r. w kwocie 342,32 zł rozliczył następująco:

- składka na Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych za 01/2019 w kwocie 341,52 zł

- składka na Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych za 02/2019 w kwocie 0,80 zł.

Wpłatę z dnia 5 marca 2019 r. w kwocie 342,32 złotych rozliczył następująco:

- składka na Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych za 02/2019 w kwocie 341,52 zł

- składka na Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych za 03/2019 w kwocie 0,80 zł.

Począwszy od deklaracji za marzec 2019 r. odwołująca zaczęła deklarować również składki na FUS.

Wpłatę z dnia 1 kwietnia 2019 r. w kwocie 1.219,49 zł rozliczył następująco:

- składka na FUS za 03/2019 w kwocie 814,13 zł

- składka na FUZ za 03/2019 w kwocie 341,52 zł

- składka na FUZ za 04/2019 w kwocie 0,80 zł

- składka na FPG za 03/2019 w kwocie 63,94 zł.

Pozostała część składki na FUS za 03/2019, w kwocie 2,92 zł została rozliczona z części wpłaty dokonanej w dniu 8 lipca 2019 r.

W konsekwencji w zaskarżonej niniejszym postępowaniem decyzji ZUS uznał, że odwołująca nie podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od 1 stycznia do 31 marca 2019 r.

Wpłatę z dnia 6 maja 2019 r. w kwocie 1.317,00 zł rozliczył następująco:

- składka na FUS za 04/2019 w kwocie 904,60 zł

- składka na FUS za 05/2019 w kwocie 0,83 zł

- składka na FUZ za 04/2019 w kwocie 341,52 zł

- składka na FPG za 04/2019 w kwocie 31,63 zł.

Wpłatę z dnia 4 czerwca 2019 r. w kwocie 798 zł rozliczył następująco:

- składka na FUS za 05/2019 w kwocie 407,68 zł

- składka na FUS za 06/2019 w kwocie 16,37 zł

- składka na FUZ za 05/2019 w kwocie 342,32 zł

- składka na FPG za 05/2019 w kwocie 31,63 zł.

W konsekwencji ZUS uznał, że odwołująca podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą od 1 kwietnia do 14 maja 2019 r., natomiast na skutek zbiegu tytułów ubezpieczenia, w okresie od 15 maja do 14 czerwca 2019 r., podlegała wyłącznie ubezpieczeniu zdrowotnemu.

Wpłatę z dnia 8 lipca 2019 r. w kwocie 863 zł rozliczył następująco:

- składka na FUS za 03/2019 w kwocie 2,92 zł

- składka na FUS za 06/2019 w kwocie 466,07 zł
- składka na FUS za 07/2019 w kwocie 14,10 zł
- składka na FUZ za 06/2019 w kwocie 342,32 zł
- składka na FPG za 03/2019 w kwocie 0,23 zł
- składka na FPG za 06/2019 w kwocie 37,36 zł.

Wpłatę z dnia 1 sierpnia 2019 r. w kwocie 653 zł rozliczył następująco:

- składka na FUS za 07/2019 w kwocie 260,22 zł
- składka na FUS za 08/2019 w kwocie 15,23 zł
- składka na FUZ za 07/2019 w kwocie 361,49 zł
- składka na FPG za 07/2019 w kwocie 16,06 zł.

Wpłatę z dnia 6 września 2019 r. w kwocie 652 zł rozliczył następująco:

- składka na FUS za 08/2019 w kwocie 259,09 zł
- składka na FUZ za 08/2019 w kwocie 361,49 zł
- składka na FUZ za 09/2019 w kwocie 15,36 zł
- składka na FPG za 08/2019 w kwocie 16,06 zł.

Wpłatę z dnia 1 października 2019 r. w kwocie 725 zł rozliczył następująco:

- składka na FUS za 09/2019 w kwocie 341,42 zł
- składka na FUZ za 09/2019 w kwocie 346,13 zł
- składka na FUZ za 10/2019 w kwocie 16,20 zł
- składka na FPG za 09/2019 w kwocie 21,25 zł.

Wpłatę z dnia 4 listopada 2019 r w kwocie 1.249,21 zł rozliczył następująco:

- składka na FUS za 01/2016 w kwocie 16,20 zł
- składka na FUS za 10/2019 w kwocie 828,73 zł
- składka na FUZ za 10/2019 w kwocie 345,29 zł
- składka na FPG za 10/2019 w kwocie 58,99 zł.

Wpłatę z dnia 29 listopada 2019 r w kwocie 1.850 zł rozliczył następująco:

- składka na FUS za 01/2016 w kwocie 183,26 zł
- odsetki za zwłokę za 01/2016 na FUS w kwocie 56 zł
- składka na FUS za 08/2016 w kwocie 24,94 zł

- składka na FUS za 09/2016 w kwocie 350,48 zł
- odsetki za zwłokę za 09/2016 w kwocie 89 zł
- składka na FUS za 04/2017 w kwocie 758,43 zł
- odsetki za zwłokę za 04/2017 na FUS w kwocie 155 zł
- składka na FUS za 04/2018 w kwocie 112,46 zł
- odsetki za zwłokę za 04/2018 na FUS w kwocie 14 zł
- składka na FPG za 01/2016 w kwocie 15,38 zł
- składka na FPG za 08/2016 w kwocie 1,92 zł
- składka na FPG za 09/2016 w kwocie 11,93 zł
- składka na FPG za 04/2017 w kwocie 58,49 zł
- odsetki za zwłokę za 04/2017 w kwocie 10 zł
- składka na FPG za 04/2018 w kwocie 8,71 zł.

Wpłatę z dnia 10 grudnia 2019 r. w kwocie 855 zł rozliczył następująco:

- składka na FUS za 09/2016 w kwocie 113,29 zł
- odsetki za zwłokę za 09/2016 na FUS w kwocie 25 zł
- składka na FUS za 11/2019 w kwocie 462,03 zł
- składka na FUZ za 11/2019 w kwocie 230,84 zł
- składka na FPG za 09/2016 w kwocie 23,84 zł

Wpłatę z dnia 7 stycznia 2020 r. w kwocie 778 zł rozliczył następująco:

- składka na FUS za 12/2019 w kwocie 391,03 zł
- składka na FUZ za 11/2019 w kwocie 130,65 zł
- składka na FUZ za 12/2019 w kwocie 225,73 zł
- składka na FPG za 11/2019 w kwocie 30,59 zł.

Wpłatę z dnia 15 stycznia 2020 r. w kwocie 200 zł rozliczył następująco:

- składka na FUS za 01/2020 w kwocie 39,15 zł
- składka na FUZ za 12/2019 w kwocie 135,76 zł
- składka na FPG za 12/2019 w kwocie 25,09 zł.

W konsekwencji ZUS uznał, że odwołująca nie podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą od 15 czerwca do 31 grudnia 2019 r.

W poszczególnych okresach rozliczeniowych objętych zaskarżoną decyzją, odwołującą w złożonych deklaracjach rozliczeniowych zadeklarowała następujące kwoty składki FUS i opłaciła je następującymi kwotami we wskazanych niżej datach:

- 03/2019: kwota składki 817,05 zł, tj. składka na Fundusz Emerytalny w kwocie 504,07 zł, składka na Fundusz Rentowy w kwocie 206,59 zł, składka na ubezpieczenie chorobowe w kwocie 63,27 zł, składka na ubezpieczenie wypadkowe w kwocie 43,12 zł.

W dniu 1 kwietnia 2019 r. wpłacono na pokrycie składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe kwotę 814,13 zł, na ubezpieczenie chorobowe i wypadkowe kwotę 2,92 zł:

- 06/2019: kwota składki 482,44 zł, tj. składka na Fundusz Emerytalny w kwocie 297,64 zł, składka na Fundusz Rentowy w kwocie 121,98 zł, składka na ubezpieczenie chorobowe w kwocie 37,36 zł, składka na ubezpieczenie wypadkowe 25,46 zł.

W dniu 4 czerwca 2019 r. wpłacono kwotę 16,37 zł na pokrycie składki emerytalno-rentowej. W dniu 8 lipca 2019 r. wpłacono 439,09 zł na pokrycie składki emerytalno-rentowej. W dniu 22 sierpnia 2016 r. (winno być: 2019 r.) wpłacono kwotę 11,54 zł na pokrycie składki. W dniu 8 września 2016 r. (winno być: 2019 r.) wpłacono kwotę 15,44 złotych, którą pokryto składkę.

- 07/2019: kwota składki 274,32 zł, tj. składka na Fundusz Emerytalny w kwocie 172,86 zł, składka na ubezpieczenie rentowe w kwocie 70,85 zł, składka na ubezpieczenie chorobowe w kwocie 15,82 zł, składka na ubezpieczenie wypadkowe w kwocie 14,79 zł.

W dniu 8 lipca 2019 r. wpłacono kwotę 14,10 zł i w dniu 1 sierpnia 2019 r. wpłacono kwotę 260,22 zł celem pokrycia zadeklarowanych składek.

- 08/2019: kwota składki 274,32 zł, tj. składka na Fundusz Emerytalny w kwocie 172,86 zł, składka na ubezpieczenie rentowe w kwocie 70,85 zł, składka na ubezpieczenie chorobowe w kwocie 15,82 zł, składka na ubezpieczenie wypadkowe w kwocie 14,79 zł.

W dniu 1 sierpnia 2019 r. wpłacono kwotę 15,23 zł oraz w dniu 6 września 2019 r. wpłacono kwotę 259,09 zł celem pokrycia zadeklarowanych składek.

- 09/2019: kwota składki 341,42 zł, tj. składka na Fundusz Emerytalny w kwocie 214,26 zł, składka na ubezpieczenie rentowe w kwocie 87,82 zł, składka na ubezpieczenie chorobowe w kwocie 21,01 zł, składka na ubezpieczenie wypadkowe w kwocie 18,33 zł.

W dniu 1 października 2019 r. wpłacono kwotę 341,42 zł celem pokrycia zadeklarowanych składek.

- 10/2019: kwota składki 828,73 zł, tj. składka na ubezpieczenie emerytalne w kwocie 514,90 zł, składka na ubezpieczenie rentowe w kwocie 211,03 zł, składka na ubezpieczenie chorobowe w kwocie 58,75 zł, składka na ubezpieczenie wypadkowe w kwocie 44,05 zł.

W dniu 4 listopada 2019 r. wpłacono kwotę 828,73 zł celem pokrycia zadeklarowanych składek.

- 11/2019: kwota składki 462,03 zł, tj. składka na ubezpieczenie emerytalne w kwocie 288,67 zł, składka na ubezpieczenie rentowe w kwocie 118,31 zł, składka na ubezpieczenie chorobowe w kwocie 30,35 zł, składka na ubezpieczenie wypadkowe w kwocie 24,70 zł.

W dniu 10 grudnia 2019 r. wpłacono kwotę 462,03 zł celem pokrycia zadeklarowanych składek.

-12/2019: kwota składki 391,03 zł, tj. składka na ubezpieczenie emerytalne w kwocie 244,87 zł, na ubezpieczenie rentowe w kwocie 100,36 zł, na ubezpieczenie chorobowe w kwocie 24,85 zł, na ubezpieczenie wypadkowe w kwocie 20,95 zł.

W dniu 7 stycznia 2020 r. wpłacono kwotę 391,03 złotych celem pokrycia zadeklarowanych składek.

Po ustaleniu powyższego stanu faktycznego w oparciu o złożone w sprawie, a także w aktach IV U 762/20 dokumenty, których wiarygodność nie była kwestionowana oraz na podstawie przepisów prawa niżej powołanych Sąd Okręgowy uznał, że odwołanie podlegało uwzględnieniu w części.

Sąd pierwszej instancji zaznaczył, że przedmiotem sporu pomiędzy stronami postępowania było ustalenie prawidłowych okresów podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu przez K. C. w roku kalendarzowym 2019, w szczególności sporne były okresy nieuwzględnione przez ZUS w zaskarżonej decyzji, tj. od 1 stycznia do 31 marca oraz od 15 czerwca do 31 grudnia 2019 r. Przy czym, kwestia podlegania odwołującej dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzonej działalności za poprzednie lata 2016-2018, była przedmiotem odrębnego postępowania sądowego, zakończonego prawomocnym wyrokiem wydanym w sprawie o sygn. akt IV U 762/20, oddalającym odwołanie K. C. od decyzji ZUS z dnia 22 lipca 2020 r.

Sąd Okręgowy zważył, że w zaskarżonej decyzji stwierdzono, iż odwołująca podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 1 kwietnia do 14 maja 2019 r. i jednocześnie rozliczano jej wpłaty na składki FUS, zatem uznać należało, że poza sporem w sprawie była również kwestia skuteczności zgłoszenia przez odwołującą za przedmiotowy okres wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej.

Przechodząc do meritum sąd pierwszej instancji wstępnie zaznaczył, że stosownie do treści art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (powoływana dalej jako: ustawa systemowa), osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą, objęte obowiązkowo ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tego tytułu, podlegają na swój wniosek dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu.

Zgodnie z art. 14 ust. 1 tej ustawy, 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 art. 14 ust. 1a ustawy. Z kolei, zgodnie z art. 14 ust. 2 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.

Zaś art. 14 ust. 2a cytowanej ustawy stanowi, że w przypadku, o którym mowa w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy, jeżeli za część miesiąca został pobrany zasiłek, ubezpieczenie chorobowe ustaje od dnia następującego po dniu, za który zasiłek ten przysługuje.

I dalej sąd meriti wskazał, że stosownie do treści art. 47 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:

- 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.

Ust. 4 powyższego artykułu wskazuje, że należności z tytułu składek na:

- 1) ubezpieczenia społeczne,
- 2) ubezpieczenie zdrowotne,
- 3) Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,
- 4) (uchylony)
- 5) Fundusz Emerytur Pomostowych

- opłaca się jedną wpłatą na przydzielony przez Zakład numer rachunku składkowego.

Natomiast szczegółowe zasady rozliczania składek określa rozporządzenie Rady Ministrów 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). Stosownie do treści art. § 2 tego rozporządzenia, płatnik składek w deklaracji rozliczeniowej, o której mowa w art. 4 pkt 5 ustawy, zwanej dalej „deklaracją”, rozlicza składki na:

- 1) ubezpieczenia społeczne:
 - a) emerytalne,
 - b) rentowe,
 - c) chorobowe,
 - d) wypadkowe,
- 2) Fundusz Emerytur Pomostowych,
- 3) ubezpieczenie zdrowotne,
- 4) Fundusz Pracy,
- 5) Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,
- 6) 1) Fundusz Solidarnościowy

- zwane dalej „składkami”.

2. W deklaracji płatnik składek rozlicza:

- 1) zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, zasiłek wyrównawczy, zasiłek macierzyński i zasiłek opiekuńczy, zwane dalej „zasiłkami”;
- 2) zasiłki rodzinne, pielęgnacyjne i wychowawcze, należne za okres do dnia 30 kwietnia 2004 r., oraz świadczenia rodzinne, należne za okres do dnia 31 sierpnia 2006 r., zwane dalej „świadczeniami rodzinnymi”.

3. Płatnik składek dokonuje rozliczenia składek, zasiłków oraz świadczeń rodzinnych za okres, za który był uprawniony do ich wypłaty, w terminach określonych w ustawie.

Zgodnie z § 6 rozporządzenia, płatnik składek dokonuje jednej wpłaty obejmującej łączną kwotę składek na:

1) ubezpieczenia społeczne w wysokości stanowiącej różnicę między wykazaną w deklaracji kwotą należnych składek za dany miesiąc kalendarzowy a kwotą wypłaconych zasiłków, świadczeń rodzinnych oraz przysługującego płatnikowi składek wynagrodzenia, o którym mowa w art. 3 ust. 2 ustawy, zwanych dalej „kwotą uznań”,

2) Fundusz Emerytur Pomostowych w wysokości wykazanej w deklaracji kwoty należnych do zapłaty składek, określonej w deklaracji za dany miesiąc kalendarzowy,

3) ubezpieczenie zdrowotne w wysokości wykazanej w deklaracji kwoty należnych do zapłaty składek za dany miesiąc kalendarzowy,

4) Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i Fundusz Solidarnościowy w wysokości wykazanej w deklaracji kwoty należnych do zapłaty składek, określonej w deklaracji za dany miesiąc kalendarzowy

- na przydzielony przez Zakład płatnikowi składek numer rachunku składkowego.

Jak stanowi § 7 rozporządzenia, dokonaną przez płatnika składek wpłatę na numer rachunku składkowego Zakład rozdziela na pokrycie należności z tytułu składek na poszczególne fundusze, z uwzględnieniem:

1) proporcjonalnego procentowego podziału wpłaty według kwot składek przypadających do zapłaty na poszczególne fundusze na podstawie danych zawartych w deklaracji złożonej za ostatni miesiąc kalendarzowy albo

2) w przypadku gdy płatnik składek nie złożył deklaracji - według procentowego udziału składek na poszczególne fundusze w kwocie wpłaty, na podstawie stóp procentowych składek na poszczególne fundusze dla płatnika składek opłacającego składki na własne ubezpieczenia.

Stosownie do § 12 rozporządzenia, Zakład dokonuje rozliczenia dokonanej przez płatnika składek wpłaty na koncie płatnika i zewidencjonowania danych na koncie ubezpieczonego za dany miesiąc kalendarzowy na podstawie deklaracji oraz raportów lub deklaracji korygującej i raportów korygujących, w części przypadającej na dany fundusz według podziału ustalonego zgodnie z § 7 ust. 1. Kwota wpłaty w części przypadającej na ubezpieczenia 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. Kwota wpłaty w części przypadającej na Fundusz Emerytur Pomostowych podlega zaliczeniu na należności z tego tytułu, począwszy od należności o najwcześniejszym terminie płatności. Kwota wpłaty w części przypadającej na ubezpieczenie zdrowotne podlega zaliczeniu na należności z tego tytułu, począwszy od należności o najwcześniejszym terminie płatności, zaś kwota wpłaty w części przypadającej na Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i Fundusz Solidarnościowy podlega zaliczeniu na należności z tych tytułów, począwszy od należności o najwcześniejszym terminie płatności.

Ponadto z treści § 13 rozporządzenia wynika, że jeżeli kwota wpłaty w części przypadającej na pokrycie składek na ubezpieczenia społeczne jest niższa od kwoty należnych składek za dany miesiąc kalendarzowy, którego deklaracja dotyczy, w pierwszej kolejności rozlicza się ją na pokrycie należnych składek na fundusz emerytalny i na otwarte fundusze emerytalne. Jeżeli kwota wpłaty w części przypadającej na pokrycie składek na ubezpieczenia społeczne, o której mowa w ust. 1, nie pokrywa w pełni należnych składek na fundusz emerytalny i na otwarte fundusze emerytalne, za dany miesiąc kalendarzowy, którego deklaracja dotyczy, rozlicza się ją na częściowe pokrycie każdego z tych funduszy, proporcjonalnie do należnych kwot. Pozostała po rozliczeniu, o którym mowa w ust. 1, kwota wpłaty w części przypadającej na pokrycie składek na ubezpieczenia społeczne podlega podziałowi i zaliczeniu proporcjonalnie na pokrycie należnych składek na fundusz rentowy, fundusz chorobowy i fundusz wypadkowy, proporcjonalnie do

kwot należnych składek na te fundusze za dany miesiąc kalendarzowy, którego deklaracja dotyczy. Jeżeli w wyniku rozliczenia kwoty wpłaty w części przypadającej na pokrycie składek na ubezpieczenia społeczne, o którym mowa w ust. 2, nie zostały pokryte w pełni należności otwartych funduszy emerytalnych, kwota wpłaty, zaliczona na pokrycie należności na otwarte fundusze emerytalne w odniesieniu do ubezpieczonych, podlega rozliczeniu proporcjonalnie do należnej kwoty składek na otwarty fundusz emerytalny za danego ubezpieczonego, do łącznej kwoty należnych za dany miesiąc kalendarzowy składek na otwarte fundusze emerytalne. Kwoty składek na ubezpieczenia społeczne rozliczane na fundusz emerytalny, fundusz rentowy, fundusz chorobowy i fundusz wypadkowy podlegają w odniesieniu do każdego ubezpieczonego rozliczeniu, proporcjonalnie do kwoty należnych składek na dany fundusz dotyczących ubezpieczonego, do łącznej kwoty należnych składek na dany fundusz, wynikającej z rozliczenia dokonanego za dany miesiąc kalendarzowy.

Podsumowując powyższe sąd meriti, wskazał, że przywołanych przepisów wypływa ogólny wniosek, iż składki na poszczególne należności z tytułu ubezpieczeń emerytalnych, rentowych, chorobowych i wypadkowych, jeśli wpłata nie wystarcza w całości na ich pokrycie są pokrywane proporcjonalnie w częściach.

Przy rozważaniu kwestii podlegania ubezpieczeniom Sąd Okręgowy miał na uwadze treść uchwały Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2022 r., III UZP 10/21, zgodnie z którą dobrowolne ubezpieczenie chorobowe osoby prowadzącej pozarolniczą działalność ustaje również w przypadku opłacenia składki w terminie, ale w wysokości niższej niż należna (art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych - t. j. Dz. U. z 2021 r., poz. 423 ze zm.; w brzmieniu obowiązującym przed 1 stycznia 2022 r.). Orzeczenie to w sposób jednoznaczny przesądziło, że podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jest możliwe wyłącznie w przypadku opłacenia należnych z tego tytułu składek w pełnej wysokości. Wpłacenie niższej kwoty niż należna powoduje zatem wykluczenie z ubezpieczenia chorobowego w danym miesiącu rozliczeniowym, nawet jeżeli płatności takiej dokonano w terminie. Konieczność podzielenia sformułowanych tam wniosków Sądu Najwyższego co do stanu prawnego obowiązującego przed bieżącym rokiem, wynika z konieczności unifikacji wykładni przepisów w przedmiotowego rodzaju sprawach i tym samym zapewnienia równości obywateli będących podmiotami ubezpieczenia chorobowego, w podobnego rodzaju sprawach.

Odnosząc powyższe poglądy do realiów przedmiotowej sprawy Sąd Okręgowy wskazał, że w imieniu ZUS podnoszono, iż na skutek stwierdzenia naruszenia warunków korzystania ze zwolnienia chorobowego, a w konsekwencji - nienależnego pobrania przez odwołującą zasiłku z tytułu opieki nad dziećmi, doszło do konieczności ponownego rozliczenia uiszczanych przez nią należności z tytułu składek, co skutkowało stwierdzeniem, iż w okresach będących przedmiotem niniejszym zaskarżonej decyzji część ze składek została uiszczona po terminie lub w niewłaściwej, zaniżonej wysokości.

Sąd pierwszej instancji miał na uwadze, że odwołująca w postępowaniu przed organem rentowym wносиła o umożliwienie opłacenia składek po terminie, co miało na celu sanowanie przedmiotowej sytuacji, jednakże Sąd podzielił w tym zakresie stanowisko innego składu tut. Sądu, wyrażone w sprawie IV U 762/20, że okoliczności sprawy, w których odwołująca w sposób świadomy pobierała zasiłek chorobowy pomimo ziszczenia się przesłanek to wykluczających (faktycznego uczęszczania do szkoły dzieci, na opiekę nad którymi miało być poświęcone zwolnienie chorobowe w poszczególnych okresach), przesądzało o niemożliwości uwzględnienia jej przedmiotowego wniosku. Mimo wszystko tego rodzaju nielojalne działanie nie może być następnie usprawiedliwione i premiiowane profitami w zakresie podlegania ubezpieczeniom społecznym. Opinię tę podzielił zresztą będący sądem odwoławczym wobec orzeczeń tut. Sądu - Sąd Apelacyjny w Szczecinie w sprawie III AUa 101/21. To z kolei stało się w konsekwencji źródłem opóźnień w opłaceniu części składek za okresy objęte niniejszą zaskarżoną decyzją, na skutek zweryfikowania rozliczenia uiszczanych przez odwołującą należności z tytułu składek przy użyciu systemu informatycznego ZUS, działającego wszak zgodnie z założeniami określonymi w cytowanym wyżej rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek [...]. Tym samym brak było podstaw do „przywrócenia terminu” dla odwołującej do uiszczenia składek również w objętych niniejszym postępowaniem okresach rozliczeniowych.

W oparciu o złożone na żądanie Sądu przez organ rentowy raport rozliczeń poszczególnych wpłat odwołującej (k. 82v. do 86v., w szczególności – k. 84) sąd meriti ustalił, że za okresy stycznia i lutego 2019 r. odwołująca ze względu na korzystanie w okresie od 7 listopada 2018 r. do 3 marca 2019 r. z zasiłku chorobowego, uznanego następnie za nienależny, nie deklarowała składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, zatem jej wpłaty były wówczas prawidłowo księgowane wyłącznie składki na ubezpieczenie zdrowotne. Zgodnie z tym dokonane za ten okres wpłaty prawidłowo rozliczono wyłącznie na składki FUZ.

Następnie, za marzec 2019 r. odwołująca ponownie zadeklarowała dodatkowo składki FUS, jednak jej wpłata dokonana w dniu 1 kwietnia 2019 r. nie pozwoliła na pokrycie w całości należności z tytułu składek FUS, tj. na ubezpieczenia emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe za marzec 2019 r., co wynika z kolejnego złożonego na polecenie Sądu przez ZUS raportu, precyzującego rozliczenie za ten okres, załączonego do pisma z dnia 29 marca 2022 r. (k. 105v.-106). Wprawdzie niedopłata w tym zakresie wyniosła wyłącznie 2,92 zł i na skutek księgowania zgodnie z przepisami powołanego wyżej rozporządzenia została pokryta z wpłaty dokonanej w dniu 8 lipca 2019 r., nie zmienia to jednak faktu, że składki za przedmiotowy miesiąc, w szczególności z tytułu ubezpieczenia chorobowego, nie zostały opłacone w terminie w pełnej wysokości, co w świetle cytowanej wyżej uchwały Sądu Najwyższego rodziło skutek w postaci nieobjęcia w tym okresie ubezpieczeniem chorobowym.

Nadmienić należy, że oba wzmiankowane raporty nieco się różniły co do sposobu rozliczenia wpłat, jednakże zważywszy, że w imieniu odwołującej nie zakwestionowano żadnego z nich, Sąd przyjął je za miarodajne w zakresie poszczególnych okresów rozliczeniowych, w szczególności co do okresu od marca do grudnia 2019 r. przyjął raport dołączony do pisma z dnia 29 marca 2022 r. (k. 105v.-106), jako najbardziej aktualny.

I dalej sąd pierwszej instancji wskazał, że odnośnie okresu od 15 czerwca 2019 r. (w tym dniu ustał zbieg tytułów ubezpieczenia, a zatem od wskazanej daty ponownie wchodziło w grę dobrowolne ubezpieczenie z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej) do 30 czerwca 2019 r., wzmiankowany raport na k. 105v.-106, również nie wykazuje niedopłaty z tytułu składek FUS. Na skutek księgowania należności zostały pokryte z wpłat z dnia 22 sierpnia 2016 r. - w kwocie 11,54 zł, 8 września 2016 r. - 15,44 zł, 4 czerwca 2019 r. - 16,37 zł oraz 8 lipca 2019 r. - 439,09 zł. Zatem Sąd Okręgowy uznał za uiszczone w terminie należności za ten miesiąc, jednak Sąd ten omyłkowo nie uwzględnił tego okresu w ramach zmiany zaskarżonej decyzji, uwzględniając odwołanie jedynie co do okresu od 1 lipca 2019 r., zamiast od 15 czerwca 2019 r., do 31 grudnia 2019 r. Wynikało to z przeoczenia, iż wpłaty z sierpnia i września dotyczyły roku 2016 a nie 2019, a zatem również w tej części nie były spóźnione. Pozostaje wyrazić ubolewanie z powodu zaistniałej w tym zakresie omyłki.

I dalej sąd pierwszej instancji wskazał, że podobnie co do okresów rozliczeniowych od lipca do grudnia 2019 r., ze wzmiankowanego raportu na k. 105v.-106 jasno wynika, że za wszystkie wskazane miesiące składki FUS, w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe zostały opłacone w terminie i w prawidłowej wysokości, zaś wszystkie wpłaty rozliczone za poszczególne wskazane miesiące wpływały nie później niż do 10 dnia kolejnego miesiąca. Stosownie do tego zostały zaksięgowane przez system informatyczny ZUS.

Następnie Sąd Okręgowy podkreślił, że w imieniu organu rentowego nie kwestionowano prawidłowości kwot zadeklarowanych w poszczególnych miesiącach, zaś raport załączony do pisma z dnia 5 kwietnia 2022 r., został złożony na zapytanie Sądu odnośnie relacji wysokości składek należnych w stosunku do opłaconych. Powodem stwierdzenia w zaskarżonej decyzji niepodlegania ubezpieczeniom chorobowym w tym okresie było natomiast rzekome nieopłacenie składek w terminie i we właściwej wysokości. Tymczasem z przedmiotowego raportu wynikało, że za okres od 15 czerwca do 31 grudnia 2019 r. składki zostały opłacone prawidłowo i terminowo. Mianowicie: za okres 15-30.06./2019 należne były składki FUS w kwocie 482,44 zł, i takie zostały uiszczone do dnia 8 lipca 2019 r., za okresy 07/2019 i 08/2019 należne były składki w kwocie 274,32 zł, i takie też zostały uiszczone – odpowiednio do 1 sierpnia i 9 września 2019 r. Za okres 09/2019 należna była składka 341,42 zł i taka też została wpłacona do 1 października 2019 r. Za okres 10/2019 należna była składka 828,73 zł i taka została wpłacona do 4 listopada 2019 r. Podobnie działo się ze składkami za okresy rozliczeniowe 11/2019 – wpłacono w dniu 10 grudnia 2019 r. i 12/2019 – wpłacono w dniu 7 stycznia 2020 r. W ocenie sądu meriti przedstawione przez sam organ rentowy rozliczenie przeczyło zatem przyjętej

w jego imieniu tezie, jakoby odwołująca podlegała wyłączeniu z ubezpieczenia chorobowego w tym okresie ze względu na nieprawidłowe opłacenie składek.

Kierując się powyższymi ustaleniami, Sąd Okręgowy na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. zmienił zaskarżoną decyzję ZUS i stwierdził, iż K. C. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od 1 lipca 2019 r. (choć w zakresie daty początkowej winno się wskazać datę 15 czerwca 2019 r.) do 31 grudnia 2019 r. W pozostałym zakresie roszczenia odwołującej nie zostały uwzględnione, stąd Sąd na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. oddalił odwołanie ubezpieczonej.

Nadto na podstawie art. 100 k.p.c. Sąd postanowił o wzajemnym zniesieniu między stronami kosztów procesu, z uwagi na jedynie częściowe uwzględnienie żądań strony odwołującej.

Z powyższym wyrokiem Sądu Okręgowego w Koszalinie w części dotyczącej uznania, że K. C. podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą od dnia 1 lipca do 31 grudnia 2019 r. nie zgodził się Zakład Ubezpieczeń Społecznych, który w wywiedzionej apelacji zarzucił mu:

- naruszenie prawa materialnego, a w szczególności art. 83 ust. 1 pkt 2, art. 11 ust. 2, art. 14 ust. 1, la, 2, art. 38 ust. 1 ustawy systemowej poprzez uznanie, że K. C. podlega do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą również od 1 lipca do 31 grudnia 2019 r., podczas gdy w zaskarżonej decyzji organ rentowy w prawidłowy sposób ustalił, że K. C. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od 1 kwietnia do 14 maja 2019 r. oraz nie podlega do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego jako osoba prowadząca działalność gospodarczą w okresie od 1 stycznia do 31 marca 2019 r. oraz od 15 czerwca do 31 grudnia 2019 r.; i dalej, że odwołująca z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej podlega do obowiązkowych ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i wypadkowego w okresie od 13 kwietnia 2011 r. do 16 kwietnia 2012 r., od 4 września 2018 r. do 14 maja 2019 r., od 15 czerwca 2019 r., a w okresie od 15 maja do 14 czerwca 2019 r. podlega tylko do ubezpieczenia zdrowotnego w związku ze zbiegiem tytułu ubezpieczenia.

W związku z powyższym, w zaskarżonej decyzji ZUS ustalono, że od 1 kwietnia 2019 r. do 14 maja 2019 r. ubezpieczona podlega do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, ponieważ składki za ten okres zostały opłacone w terminie i w pełnej wysokości, natomiast w okresie od 1 stycznia do 31 marca 2019 r. oraz od 15 czerwca do 31 grudnia 2019 r. z uwagi na zadeklarowanie w dokumentach rozliczeniowych składki na ubezpieczenie społeczne w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w zaniżonej wysokości oraz nieopłacenie składek w należytej wysokości - nie podlega do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej.

W ocenie organu rentowego, sąd pierwszej instancji niewłaściwie przyjął (wyłącznie na podstawie wysokości zadeklarowanych składek przez płatnika), że odwołująca opłaciła składki w prawidłowych kwotach, podczas gdy nie wziął pod uwagę, że ZUS wydając decyzję dnia 30 września 2020 r. przy ustaleniu okresów podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu przyjął, iż zgodnie z decyzją z Wydziału Zasiłków z dnia 14 lutego 2020 r. (sprawa aktualnie rozstrzygana jest przez Sąd Rejonowy w Koszalinie sygn. akt IVU 102/20/IK) zasiłki za okresy: 3-17 października 2016 r., 21 października – 26 grudnia 2016 r., 1 stycznia – 28 lutego 2017 r., 8 maja – 5 listopada 2017 r., 4-31 stycznia 2018 r., 5 lutego – 1 kwietnia 2018 r., 7-13 kwietnia 2018 r., 16-30 kwietnia 2018 r., 4-11 maja 2018 r., 14 maja – 14 sierpnia 2018 r., 27 sierpnia – 3 września 2018 r., 7 listopada 2018 r. – 3 marca 2019 r., 8 lipca – 12 sierpnia 2019 r. w łącznej kwocie 48.965,65 zł oraz wypłaconych odsetek w kwocie 2,69 zł za okres od 9 października do 9 listopada 2018 r. są nienależne. Tym samym płatnik nie może pomniejszyć należnych składek za wskazany okres. Nie odzwierciedla tego stan rozliczenia konta. Na chwilę obecną płatnik ma pomniejszone składki na ubezpieczenia społeczne. Zatem stan rozliczenia może ulec zmianie po wyroku Sądu. Wówczas będą możliwe działania z urzędu, w zakresie sporządzenia poprawnych dokumentów rozliczeniowych za sporny okres.

Ponadto apelujący wskazał, że w dniu 13 listopada 2019 r. została wydana decyzja o zwrocie przez ubezpieczoną nienależnie pobranego zasiłku opiekuńczego za okresy od 8 do 15 stycznia 2016 r., od 31 sierpnia do 6 września 2016

r., od 19 do 30 września 2016 r., od 1 do 28 kwietnia 2017 r. i od 3 do 6 kwietnia 2018 r. w kwocie 3.224,94 zł wraz z odsetkami od dnia doręczenia decyzji do dnia zwrotu kwoty nienależnie pobranego świadczenia. Decyzja ta została wydana po ustaleniu, że w trakcie wystawionych dla ubezpieczonej zwolnień lekarskich za wskazane okresy córka ubezpieczonej A. była obecna w przedszkolu w dniach 11 i 14 stycznia 2016 r., od 5 do 6 września 2016 r., od 20 do 23 września 2016 r., 6, 20 i 21 kwietnia 2017 r., a syn A. był obecny w szkole w dniach 4 i 6 kwietnia 2018 r. Od tej decyzji ubezpieczona nie składała odwołania do Sądu i decyzja ta stała się prawomocna.

Wydanie tej decyzji spowodowało, że składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiące styczeń, sierpień i wrzesień 2016 r. oraz kwiecień 2018 r. nie zostały opłacone w ustawowym terminie, a w konsekwencji zmianę w okresach podlegania ubezpieczonej do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

Wskazując na powyższe organ rentowy wniósł o:

- zmianę zaskarżonego wyroku w części i uznanie, że zaskarżona decyzja z dnia 30 września 2020 r. jest prawidłowa oraz oddalenie odwołania w całości,

ewentualnie o:

- uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania sądowi pierwszej instancji,

- zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego według norm prawem przepisanych za pierwszą i drugą instancję.

W uzasadnieniu skarżący przedstawił ustalony przez sąd pierwszej instancji stan faktyczny w zakresie wydanych decyzji i ich przedmiotu z dnia 30 września 2020 r. (decyzja zaskarżona w niniejszej sprawie), z dnia 13 listopada 2019 r. o zwrocie przez ubezpieczoną nienależnie pobranego zasiłku opiekuńczego; z dnia 14 lutego 2020 r. o ustaleniu nienależnie pobranych zasiłków; z dnia 22 lipca 2020 r. o podleganiu do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego we wskazanych okresach, sprawa zakończona prawomocnym wyrokiem. Jednocześnie organ przytoczył obszernie fragmenty uzasadnienia wyroku z dnia 7 stycznia 2021 r., IV U 762/20, zostały przytoczone na potwierdzenie stanowiska zajętego w tej sprawie.

Sąd Apelacyjny rozważył, co następuje:

Apelacja organu rentowego okazała się uzasadniona.

W pierwszej kolejności należy wyjaśnić, że postępowanie apelacyjne ma merytoryczny charakter i jest kontynuacją postępowania rozpoczętego przed sądem pierwszej instancji, a de facto przed organem rentowym. Zgodnie z treścią art. 378 § 1 k.p.c., sąd drugiej instancji rozpoznaje sprawę w granicach apelacji; w granicach zaskarżenia bierze jednak z urzędu pod uwagę nieważność postępowania. Rozważając zakres kognicji sądu odwoławczego Sąd Najwyższy stwierdził, iż sformułowanie „w granicach apelacji” wskazane w tym przepisie oznacza, iż sąd drugiej instancji, między innymi rozpoznaje sprawę merytorycznie w granicach zaskarżenia, dokonuje własnych ustaleń faktycznych, prowadząc lub ponawiając dowody albo poprzestaje na materiale zebranym w pierwszej instancji, ustala podstawę prawną orzeczenia niezależnie od zarzutów podniesionych w apelacji oraz kontroluje poprawność postępowania przed sądem pierwszej instancji, pozostając związany zarzutami przedstawionymi w apelacji, jeżeli są dopuszczalne, ale biorąc z urzędu pod uwagę nieważność postępowania, orzeka co do istoty sprawy stosownie do wyników postępowania (por. uzasadnienie uchwały składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 31 stycznia 2008 r., III CZP 49/07, OSNC 2008/6/55).

Dodatkowo należy wskazać, że dokonane przez sąd pierwszej instancji ustalenia faktyczne, sąd drugiej instancji może podzielić i uznać za własne. Może również zmienić ustalenia faktyczne, stanowiące podstawę wydania wyroku sądu pierwszej instancji, i to zarówno po przeprowadzeniu postępowania dowodowego, jak i bez przeprowadzenia tego postępowania uzasadniające odmienne ustalenia,

chyba że szczególne okoliczności wymagają ponowienia lub uzupełnienia tego postępowania (por. uchwała składu 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 23 marca 1999 r., III CZP 59/98, OSNC 1999/7-8/124).

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy, stwierdzić należy, że Sąd pierwszej instancji co do zasady właściwie zgromadził materiał dowodowy, stanowiący podstawę rozstrzygnięcia, natomiast nieprawidłowo jednak w oparciu o tak zebrany materiał uznał, że ubezpieczona w okresie od 1 lipca (15 czerwca) 2019 r. do 31 grudnia 2019 r. podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

W konsekwencji Sąd Okręgowy dopuścił się naruszenia prawa materialnego, które to przejawiało się w błędnej subsumpcji, wywołującej niezgodność między ustalonym stanem faktycznym a hipotezami zastosowanych norm prawnych.

Na marginesie wypada przypomnieć, że ubezpieczona K. C. wnioskiem z dnia 24 sierpnia 2020 r. zwróciła się do organu rentowego o stwierdzenie okresów podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej za okres od 1 stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2019 r. W dniu 30 września 2020 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych stwierdził, że K. C. podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą od 1 kwietnia 2019 r. do dnia 14 maja 2019 r. Natomiast co do okresów od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 31 marca 2019 r. oraz od dnia 15 czerwca 2019 r. do dnia 31 grudnia 2019 r. organ rentowy stwierdził, że nie podlegała ona temu ubezpieczeniu. W odniesieniu do okresu, w którym ubezpieczona podlegała ubezpieczeniu, organ rentowy wyjaśnił, że składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe zostały przez nią opłacone w terminie i w pełnej wysokości. Uzasadniając natomiast ustalenia dotyczące okresów,

kiedy to zdaniem organu ubezpieczona nie podlegała ubezpieczeniu, wskazano, że analiza dokumentów rozliczeniowych ubezpieczonej z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej za rok 2019 wykazała, że w miesiącach od stycznia do marca oraz od czerwca do grudnia ubezpieczona zaniżyła podstawy wymiaru składek

na ubezpieczenia społeczne w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe oraz nie uregulowała składek na te ubezpieczenia w prawidłowej wysokości.

Tym samym nie podlegała ona dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej we wskazanych wyżej okresach. Powyższy stan rzeczy wynikał natomiast z faktu, iż w dniu 14 lutego 2020 r. organ rentowy wydał względem ubezpieczonej decyzję dotyczącą zwrotu nienależnie pobranych przez nią zasiłków za okresy: 3-17 października 2016 r., 21 października – 26 grudnia 2016 r., 1 stycznia – 28 lutego 2017 r., 8 maja – 5 listopada 2017 r., 4-31 stycznia 2018 r., 5 lutego – 1 kwietnia 2018 r., 7-13 i 16-30 kwietnia 2018 r., 4-11 i 14 maja 2018 r., 27 sierpnia – 3 września 2018 r., 7 listopada 2018 r. – 3 marca 2019 r., 8 lipca – 12 sierpnia 2019 r. w łącznej kwocie 48.965,65 zł oraz wypłaconych odsetek za wskazane w tej decyzji okresy.

W toku postępowania przed Sądem Okręgowym, organ rentowy w odpowiedzi na zobowiązanie Sądu z dnia 3 grudnia 2021 r., przedłożył do akt rozliczenie dokonanych przez ubezpieczoną wpłat z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne (obejmujące okres od dnia 1 stycznia 2016 r.) oraz w wykonaniu zobowiązania z dnia 11 marca 2022 r. przedłożył kolejne rozliczenie za okres od marca 2019 r. do grudnia 2019 r. wskazujące również w jakiej wysokości w danych miesiącach były wymagane składki i na które z nich zaliczono wpłaty zaksięgowane na FUS.

W oparciu o przedłożone rozliczenia Sąd Okręgowy uznał, że ubezpieczona w spornych okresach opłaciła składki w prawidłowych kwotach, bowiem zdaniem tego Sądu z przedłożonych raportów wynikało, że za wszystkie wskazane miesiące składki FUS, w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, zostały opłacone we właściwym terminie oraz w prawidłowej wysokości, natomiast wszystkie wpłaty były rozliczane za poszczególne miesiące wpływały nie później niż do 10 dnia każdego miesiąca. Jednocześnie sąd pierwszej instancji stwierdził, że w imieniu organu rentowego nie kwestionowano prawidłowości kwot zadeklarowanych w spornych okresach.

Odnosząc się zatem do zarzutu podniesionego w wywiedzionej przez organ rentowy apelacji, należy przyznać rację skarżącemu, że czyniąc powyższe ustalenia,

Sąd Okręgowy nie wziął pod uwagę faktu wydania przez ZUS decyzji (z dnia 14 lutego 2020 r.) w przedmiocie zwrotu nienależnie pobranych zasiłków, której konsekwencją jest konieczność stwierdzenia, że przedłożone w toku postępowania pierwszoinstancyjnego rozliczenia nie odzwierciedlają rzeczywistego stanu konta ubezpieczonej.

Aktualnie bowiem widnieją na tym koncie zaniżone składki na ubezpieczenie – wynikające ze złożonych przez nią deklaracji – zaś zważywszy na fakt wydania powyższej decyzji, składki te nie mogły być pomniejszone.

Zatem nie sposób zgodzić się z sądem pierwszej instancji w zakresie, w jakim wskazał, że ubezpieczona powinna również podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu z tytułu prowadzonej przez nią działalności gospodarczej w okresie od czerwca

do końca grudnia 2019 r., bowiem przedłożony raport nie wykazuje niedopłaty z tytułu składek FUS, zaś organ nie kwestionował wysokości prawidłowości zadeklarowanych przez ubezpieczoną kwot.

Sądowi Okręgowemu umknęła okoliczność, że z decyzji z dnia 14 lutego 2020 r. wynika, iż również za okres 8 lipca – 12 sierpnia 2019 r. ubezpieczona ma zwrócić nienależnie pobrane świadczenie. Zatem zadeklarowane przez nią składki (odpowiednio pomniejszone o okres pobranego zasiłku) dla organu rentowego nie są składkami należnymi.

Zaznaczenia w tym miejscu wymaga, że badanie legalności decyzji organu rentowego i orzekanie o niej jest możliwe tylko przy uwzględnieniu stanu faktycznego i prawnego w chwili wydania decyzji. Sąd pierwszej instancji wprawdzie może zmienić decyzję ZUS i orzec co do istoty sprawy, ale tylko w razie uwzględnienia odwołania, czyli stwierdzenia, że organ wydając decyzję uchybił stanowi faktycznemu lub prawu materialnemu. Sąd ten nie może jednak zastępować organu rentowego. Nie może zatem orzekać za organ o uprawnieniach osoby ubezpieczonej. Dlatego należy przyznać rację apelującemu, że Sąd Okręgowy niewłaściwie przyjął - opierając się przy tym wyłącznie na podstawie wysokości zadeklarowanych składek przez ubezpieczoną - że opłaciła ona w spornym okresie składki w prawidłowych kwotach. Sąd Okręgowy pominął bowiem szczególnie istotną okoliczność, jaką jest fakt wydania przez organ rentowy decyzji w przedmiocie zwrotu nienależnie pobranych przez ubezpieczoną zasiłków z uwagi na permanentne korzystanie przez nią ze zwolnień lekarskich niezgodnie z ich przeznaczeniem. Fakt wydania powyższej decyzji jest o tyle istotny, że ma bezpośrednie przełożenie na rzeczywisty stan rozliczenia składek ubezpieczonej. W związku z powyższym, przyznać należy rację apelującemu, że sąd pierwszej instancji dopuścił się naruszenia prawa materialnego, a w szczególności art. 11 ust. 2 oraz art. 14 ust. 1, 1a, 2 ustawy systemowej poprzez uznanie, że K. C. podlega do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą również od 1 lipca 2019 r. (15 czerwca 2019 r.) do 31 grudnia 2019 r., podczas gdy należało stwierdzić, że K. C. nie była objęta ubezpieczeniem w okresie od 15 czerwca 2019 r. do 31 grudnia 2019 r. (oraz od 1 stycznia 2019 r. do 31 marca 2019 r.) – jak prawidłowo ustalił to ZUS w zaskarżonej decyzji.

Podstawą prawną rozstrzygnięcia w przedmiotowej sprawie stanowi art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 11 ust. 2 oraz art. 14 ust. 1, 1a, 2 oraz art. 47 ustawy systemowej, których treść przytoczył sąd pierwszej instancji w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku.

Nadto podkreślić trzeba, że w utrwalonym już orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjmuje się jednolicie, że w art. 14 ust. 2 ustawy systemowej wyodrębniono trzy okoliczności ustania ubezpieczenia dobrowolnego i tylko pierwsza z nich warunkowana jest wolą ubezpieczonego (ustanie ubezpieczenia na wniosek ubezpieczonego - art. 14 ust. 2 pkt 1). W przypadkach unormowanych w art. 14 ust. 2 pkt 2 i 3 ustawy chodzi o okoliczności obiektywne - nieopłacenie w terminie należnej składki, ustanie tytułu podlegania ubezpieczeniu. Przepisy te nie odwołują się do przyczyn wystąpienia tych okoliczności, intencji czy woli ubezpieczonego odnośnie do kontynuowania ubezpieczenia (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 marca 2022 r., III USKP 102/21, LEX nr 3408457).

Mając zatem na uwadze fakt, iż na skutek naruszenia przez ubezpieczoną warunków korzystania ze zwolnienia chorobowego, co przejawiało się w nienależnym pobieraniu przez nią zasiłków z tytułu opieki nad dziećmi i koniecznością zwrotu tychże nienależnie świadczeń (o czym rozstrzygnięto w decyzji z dnia 13 listopada 2019 r.) zadeklarowane w dokumentach rozliczeniowych składki na ubezpieczenie społeczne - w tym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe - zostały uregulowane w zaniżonej wysokości. Konsekwencją powyższego jest nieopłacenie

składek w należytej wysokości za okresy objęte decyzją i kolejne okresy, w których ubezpieczona była zgłoszona do ubezpieczeń społecznych, w tym dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

Jednocześnie, co także należy uznać za istotne, zasiłki za okresy wskazane w decyzji ZUS z dnia 14 lutego 2020 r., które ubezpieczona ma obowiązek zwrócić, były przez nią pobierane z naruszeniem prawa. Zarówno Sąd Okręgowy, jak i Sąd Apelacyjny rozpoznając odwołanie K. C. od decyzji z dnia 20 lipca 2020 r. uznały, że K. C. podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu tylko w określonych (i to prawidłowo przez organ rentowy) okresach, zatem za okresy kiedy nie podlegała temu ubezpieczeniu, a pobrała zasiłki z tytułu opieki nad dziećmi, winna zwrócić te nienależnie pobrane świadczenia. Nie powinno ująć również uwadze, że ubezpieczona w dniu 3 grudnia 2019 r. złożyła wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie po terminie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za okresy rozliczeniowe 01/2016, 08/2016, 04/2017 i 04/2018. Uzasadniając swój wniosek wskazała, że przerwanie zwolnienia wynikało z konieczności uczestnictwa jej dzieci w zajęciach szkolnych i przedszkolnych, dotyczących udziału w sprawdzianach i wizyt u logopedy. Oświadczyła, że opłaciła należną składkę wraz z odsetkami i sporządziła stosowne korekty rozliczeniowe. Organ rentowy nie wyraził jednak zgody na opłacenie składek po terminie, stwierdzając, że odwołująca nieterminowo opłaciła różnicę w należności z tytułu składki za wrzesień 2016 r., zaś za miesiące: kwiecień 2017 r. i kwiecień 2018 r., zgoda była już udzielana. Wyjaśniono jednocześnie, że na chwilę rozpoznawania wniosku nieterminowość w opłaceniu składek wynikała z niewłaściwego wykorzystania zwolnienia lekarskiego. W związku z powyższym, należy wskazać, że ubezpieczona ma świadomość, że rozliczenie składek na jej koncie nie odzwierciedla rzeczywistego stanu.

Reasumując, organ rentowy wydając decyzję z dnia 14 lutego 2020 r. oraz z dnia 22 lipca 2020 r. zakwestionował prawidłowości zgłoszenia K. C. do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego oraz wysokości zadeklarowanych składek, a sytuacja ta dotyczy także roku 2019. Zatem ubezpieczona składając w dniu 31 sierpnia 2020 r. wniosek o wydanie decyzji w przedmiocie stwierdzenia okresów podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2019 r. miała świadomość, że kwestia ta nie jest wyjaśniona i brak podstaw do wydania decyzji o stwierdzeniu, że w sporym okresie podlegała temu ubezpieczeniu. Sytuacja nie uległa zmianie w toku niniejszego postępowania sądowego, dlatego brak podstaw do jednoznacznego stwierdzenia, że K. C. podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu także od 15 czerwca do 31 grudnia 2019 r.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. w związku z art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. zmienił zaskarżony wyrok i oddalił odwołanie.

O kosztach, Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art. 98 § 1 k.p.c., zgodnie z którym strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu), przy czym Sąd rozstrzyga o kosztach w każdym orzeczeniu kończącym sprawę w instancji (art. 108 § 1 k.p.c.). Do celowych kosztów postępowania należy, między innymi, koszt ustanowienia zastępstwa procesowego (art. 98 § 3 i art. 99 k.p.c.). Zatem, skoro uwzględniono apelację organu rentowego w całości, uznać należało, że organ ten wygrał postępowanie zarówno w pierwszej, jak i w drugiej instancji. Wysokość tych kosztów ustalono na podstawie § 9 ust. 2 i § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radcowskie (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 265) zasądzając, zgodnie z wnioskiem apelującego, od ubezpieczonej na rzecz organu rentowego kwotę 180 zł tytułem zwrotu kosztów procesu w pierwszej i kwotę 240 zł – w drugiej instancji. Jednocześnie od dnia 1 lipca 2023 r. Sąd ma obowiązek orzekać z urzędu o odsetkach należnych stronie wygrywającej od przyznanych kosztów na podstawie art. 98 § 1¹ k.p.c.

Jolanta Hawryszko Urszula Iwanowska Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk