



Sygn. akt I UK 144/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 13 kwietnia 2017 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

Prezes SN Józef Iwulski (przewodniczący)

SSN Bohdan Bieniek (sprawozdawca)

SSN Zbigniew Korzeniowski

w sprawie z odwołania N.J.
przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w O.
o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie i ustalenie podlegania
dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy, Ubezpieczeń
Społecznych i Spraw Publicznych w dniu 13 kwietnia 2017 r.,
skargi kasacyjnej ubezpieczonej od wyroku Sądu Apelacyjnego w [...] z dnia 25 listopada 2015 r., sygn. akt III AUa .../15,

oddala skargę kasacyjną.

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O. decyzją z dnia 11 września 2014 r. nie wyraził zgody N.J. na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za lipiec 2014 r.

Odwołanie od powyższej decyzji złożyła N.J., domagając się jej zmiany i zobowiązanie pozwanego do wyrażenia zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za lipiec 2014 r.

Następnie Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O. decyzją z dnia 5 listopada 2014 r. stwierdził, że N.J., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 1 lipca 2014 r. do dnia 31 lipca 2014 r.

Ubezpieczona wniosła odwołanie od powyżej decyzji, żądając jej zmiany i stwierdzenia, że jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 1 lipca 2014 r. do 31 lipca 2014 r.

Sąd Okręgowy w O., po połączeniu obu spraw do wspólnego rozpoznania, wyrokiem z dnia 31 stycznia 2015 r. odwołania oddalił. Wydanie orzeczenia poprzedziły następujące ustalenia. N.J. podlegała obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu pozarolniczej działalności gospodarczej od 2 listopada 2011 r. do 31 marca 2014 r., opłacając w okresie od 1 grudnia 2013 r. do 31 marca 2014 r. składki w wysokości 60% kwoty przeciętnego wynagrodzenia. Dokumenty rozliczeniowe ubezpieczonej przygotowywało biuro rachunkowe. Sąd pierwszej instancji ustalił, że ubezpieczona we wniosku z dnia 24 lutego 2014 r. zwróciła się do organu rentowego o wyrażenie zgody na opłacenie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie za grudzień 2013 r. Pozwany odmówił uwzględnienia wniosku, stwierdzając jednocześnie że składka za miesiąc styczeń 2014 r. została opłacona w obowiązującym terminie, lecz w niewłaściwej wysokości. W dniu 31 marca 2014 r. ubezpieczona zwróciła się do pozwanego z wnioskiem o wyrażenie zgody na opłacenie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie od grudnia 2013 r. do marca 2014 r. Pismem z dnia 30 kwietnia 2014 r. organ rentowy poinformował ubezpieczoną o niewyrażeniu zgody na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za styczeń 2014 r.

Dalej sąd pierwszej instancji wskazał, że w okresie od dnia 1 do 30 kwietnia 2014 r. ubezpieczona wyrejestrowała się z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Ponownie zgłosiła się do tego rodzaju ubezpieczenia od dnia 1 maja

2014 r., deklarując maksymalną podstawę wymiaru składek. W dniu 8 lipca 2014 r. urodziła dziecko. Składa na ubezpieczenie chorobowe za miesiąc lipiec 2014 r. nie została opłacona w terminie. W dniu 18 sierpnia 2014 r. odwołująca złożyła wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie. Z dalszych ustaleń Sądu Okręgowego wynika, że wnioskodawczyni wraz z mężem mieszka w O.. Na parterze mieszkają J. i J. J. W bliskim sąsiedztwie mieszka zięć J. i J. J. – Ł. W. z żoną. Rodziny te korzystają z jednego źródła Internetu. Urządzenie umieszczone jest w lokalu J. i J. J. Pod nieobecność małżeństwa J. ubezpieczona nie ma dostępu do modemu oraz routera. Średnio raz w miesiącu dostęp do Internetu ustaje. Wówczas Ł. W. przeprowadza naprawę łącza, które zwykle polega na „restartcie” modemu.

Ubezpieczona w dniu 11 sierpnia 2014 r. była w 4 tygodniu połogu i z powodu złego stanu fizycznego spowodowanego ciężkim porodem oraz złym stanem psychicznym nie opuszczała domu. Złe samopoczucie odwołującej spowodowane było niepokojącymi wynikami badań przesiewowych dziecka. W sobotę 9 sierpnia 2014 r. zorientowała się, iż Internet nie działa. Udała się do mieszkania J. J., jednakże ta jedynie potwierdziła awarię. Odwołująca nie podjęła samodzielnej próby naprawy modemu, czy też routera. Nie dokonała także jego „zrestartowania”. Wobec czego odwołująca skontaktowała się z Ł. W., prosząc go o przeprowadzenie naprawy. Jednakże ten był poza O. Z uwagi na obowiązki służbowe i rodzinne Ł. W. awarię usunął dopiero w dniu 12 sierpnia 2014 r. W okresie od 9 do 11 sierpnia 2014 r. mąż ubezpieczonej przebywał poza domem.

W tym stanie rzeczy Sąd oddalił odwołanie, odwołując się do treści art. 14 ust. 1, 1a i 2 oraz art. 36 ust. 4 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, gdyż składa na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe została opłacona po terminie. W ocenie Sądu Okręgowego, wnioskodawczym nie podała powodów uzasadniających przywrócenie terminu do opłacenia składek. Argumentacja skarżącej, że powodem nieopłacenia składki w terminie była awaria Internetu, a przeszkody tej nie można było pokonać innymi środkami, jest w ocenie Sądu Okręgowego nieprzekonująca, a przede wszystkim nie znajduje poparcia w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym. W pierwszej kolejności Sąd Okręgowy podkreślił, że wnioskodawczyni miała świadomość częstych i

regularnych (co najmniej raz w miesiącu) awarii Internetu, już tylko z tego powodu mogła dokonać zmiany ustaleń z księgową, aby informacja o wysokości należnej składki otrzymywała kilka dni przed terminem płatności, a nie ostatniego dnia.

Sąd Okręgowy wyraził stanowisko, że kompetencja wyrażenia zgody na opłacenie składek po terminie winna być oceniana według sprawdzalnych, sprawiedliwych kryteriów. Sporny rodzaj ubezpieczenia nakłada na płatników składek określone obowiązki. Stąd uwzględnienie stanowiska odwołującej się wymaga stwierdzenia, że do zapłaty po terminie nie doszło wskutek jej winy. Opisane przez skarżącą okoliczności nie mogą być uznane za szczególne, skoro już wcześniej zdarzały się awarie Internetu. Dlatego w takim przypadku istniała możliwość zwrócenia się z pomocą do innych członków rodziny, czy też Ł. W., który w tym dniu był już w O. (11 sierpnia 2014 r.), czy też w końcu do zatrudnionej stażystki. W ocenie Sądu Okręgowego także jej stan psychofizyczny nie wyłączał ani nie ograniczał zdolności do podjęcia czynności związanych z opłaceniem składki.

W końcu Sąd pierwszej instancji uznał, że jednodniowe opóźnienie może być uznane za nadmierne (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 22 stycznia 2013 r., III AUa 889/12), zwłaszcza gdy nie był to pierwszy przypadek związany z opóźnieniem w terminie płatności składek.

Wyrokiem Sądu Apelacyjnego w [...] z dnia 25 listopada 2015 r. oddalono apelację ubezpieczonej. Sąd Apelacyjny stwierdził, że spór w rozpoznawanej sprawie koncentrował się wokół kwestii przesłanek uzasadniających wyrażenie przez organ rentowy zgody na opłacenie przez ubezpieczoną składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie – na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2015 r., poz. 121 ze zm., powoływanej jako „ustawa systemowa”). Strony nie kwestionowały, że składka na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za lipiec 2014 r. została opłacona po terminie. Sąd drugiej instancji podzielił pogląd Sądu pierwszej instancji, że powołane przez ubezpieczoną okoliczności – brak łączności z Internetem i brak możliwości usunięcia awarii, złe samopoczucie – nie uzasadniają zastosowania art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, akcentowane przez ubezpieczoną

okoliczności nie mogą być argumentem przemawiającym za wyrażeniem zgody na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za lipiec 2014 r., tym bardziej, że jedynym dowodem na okoliczność wyżej wymienionych przeszkód były zeznania samej ubezpieczonej. Dalej Sąd odwoławczy ocenił treść zebranych w sprawie osobowych źródeł dowodowych, wywodząc w oparciu o nie, że istniały obiektywne i realne przeszkody do opłacenia składki w terminie na dane ubezpieczenie. Ubezpieczona mogła zwrócić się o pomoc do męża albo zwrócić się do członków rodziny o pomoc przy pilnowaniu dziecka.

Decydujące jest ustalenie, zdaniem Sądu Apelacyjnego, czy przyczyna opóźnień w opłaceniu składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za lipiec 2014 r., stanowiąc „uzasadniony przypadek” w rozumieniu art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej. Wążąc znaczenie terminu „uzasadniony” Sąd podkreślił, że ubezpieczona nie podjęła zwyczajnych działań, które obiektywnie były możliwe i standardowe. Opóźnienia nie usprawiedliwiają okoliczności związane z opieką nad miesięcznym dzieckiem. Brak jest dowodów, że wnioskodawczyni była chora, czy też dziecko wymagało ponadstandardowych zabiegów. W tej sytuacji Sąd Apelacyjny powołał się na pogląd Sądu Apelacyjnego w Łodzi, wyrażony w wyroku z dnia 11 czerwca 2015 r. (III AUa 921/14, LEX nr 1755232). Stąd nawet jednodniowe opóźnienie nie uzasadnia ingerencji w rozstrzygnięcie Sądu Okręgowego. Z tych względów apelacja ubezpieczonej podlega oddaleniu z mocy art. 385 k.p.c.

Skargę kasacyjną od wyroku Sądu Apelacyjnego wniosła ubezpieczona, zaskarżając wyrok ten w całości. Skarga została oparta na zarzucie naruszenia prawa:

- materialnego, a mianowicie art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych przez jego niewłaściwe zastosowanie w wyniku nieuzasadnionego uznania, że w okolicznościach niniejszej sprawy nie wystąpiły przesłanki do wyrażenia zgody na opłacenie składek po terminie, co w konsekwencji doprowadziło do uznania, iż ubezpieczona nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 1 lipca 2014 r. do 31 lipca 2014 r. Ponadto zarówno Sąd I instancji, jak i Sąd II instancji rozpatrujący niniejszą sprawę

nie wskazał sprawdzalnych, sprawiedliwych kryteriów jakimi kierował się odmawiając zgody na zapłatę składek po terminie;

- procesowego, tj. art. 231 k.p.c. przez jego zastosowanie i oparcie zaskarżonego rozstrzygnięcia na domniemaniach faktycznych, nie stanowiących wniosków logicznie wynikających z prawidłowo ustalonych faktów oraz sprzecznych z zasadami doświadczenia życiowego, a mianowicie uznanie, że ubezpieczona będąc w czwartym tygodniu połogu sama z dzieckiem, po otrzymaniu niepokojących wyników przesiewowych noworodka i wezwaniu do powtórzenia badań była w stanie opłacić składki w terminie; nadto, że ubezpieczona miała dostęp do routera i mogła spróbować go naprawić, podczas gdy tego rodzaju wnioskowanie nie znajduje oparcia w materiale dowodowym i stoi w sprzeczności z zasadami doświadczenia życiowego;

- procesowego, tj. art. 328 § 2 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. przez niewskazanie w uzasadnieniu wyroku kryteriów jakimi kierował się Sąd drugiej instancji, uznając odmowę zgody na opłacenie składek po terminie za uzasadnioną.

Mając powyższe skarżąca domagała się uchylenia zaskarżonego wyroku i jego zmiany przez stwierdzenie, że ubezpieczona podległa dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 1 lipca 2014 r. do 31 lipca 2014 r.; ewentualnie uchylenia w całości zaskarżonego wyroku i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Apelacyjnemu w [...].

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna nie ma uzasadnionych podstaw. Podstawy skargi zostały oparte na uchybieniach procesowych oraz niewłaściwym zastosowaniu przepisów prawa materialnego. Hybrydalna konstrukcja środka zaskarżenia skłania w pierwszej kolejności do omówienia zarzutów natury procesowej. W tej sferze skarżący upatrywał naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c. i art. 231 k.p.c.

Doktryna i judykatura są zgodne, że postępowanie odwoławcze zbudowane jest na modelu apelacji pełnej, który stanowi kontynuację postępowania przed sądem pierwszej instancji. Sąd odwoławczy jest zatem sądem merytorycznym i

powinien dokonać własnych ustaleń faktycznych i na ich podstawie ocenić zasadność odwołania od decyzji organu rentowego. Nie może więc ograniczyć się - inaczej niż w systemie rewizyjnym - jedynie do skontrolowania prawidłowości orzeczenia sądu pierwszej instancji. Na sądzie odwoławczym spoczywa - z wyjątkiem przewidzianym w art. 387 § 2¹ k.p.c. - podobnie jak na sądzie pierwszej instancji, obowiązek sporządzenia uzasadnienia wyroku odpowiadającego wymaganiom określonym w art. 328 § 2 k.p.c. (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 maja 2016 r., I CSK 326/15, LEX nr 2096150).

Zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c. nie jest skuteczny. Odpowiednie stosowanie art. 328 § 2 k.p.c. do uzasadnienia orzeczenia sądu drugiej instancji oznacza, że wprawdzie uzasadnienie to nie musi zawierać wszystkich elementów uzasadnienia wyroku sądu pierwszej instancji, niemniej nie zwalnia sądu odwoławczego z obowiązku zawarcia w nim takich koniecznych elementów, które ze względu na treść apelacji i na zakres rozpoznania są potrzebne do rozstrzygnięcia sprawy (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 18 sierpnia 2010 r., II PK 46/10, LEX nr 685589; z dnia 26 stycznia 2011 r., II PK 168/10, LEX nr 786375). Obowiązek ten aktualizuje się zwłaszcza w przypadku rozstrzygnięcia reformatoryjnego w stosunku do treści wyroku sądu pierwszej instancji.

Podstawowe znaczenie ma przedstawienie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia, a mianowicie: ustalenie faktów, które sąd uznał za udowodnione, dowodów, na których się oparł, i przyczyn, dla których innym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej. Wówczas wyjaśnienie podstawy prawnej wyroku z przytoczeniem przepisów prawa staje się klarowne. Kodeksowy model sporządzenia uzasadnienia należy traktować jako matrycę, którą odbija się w tle konkretnej sprawy. Stąd też ocena końcowa nie może pomijać treści apelacji, gdyż orzeczenie sądu drugiej instancji powinno wytłumaczyć stronie skarżącej, a w przypadku ingerencji w treść orzeczenia stronie przegrywającej proces, podstawy takiego wyniku sprawy. Siłą rzeczy musi uwzględniać i ważyć argumenty jednej strony z racjami jej przeciwnika. W rozpoznawanej sprawie uzasadnienie wyroku Sądu drugiej instancji zostało prawidłowo sporządzone.

Apelacja ubezpieczonej obejmowała swym zakresem zarzuty dotyczące ustaleń (art. 233 § 1 k.p.c.). Jednak Sąd odwoławczy nie podzielił ich, dając temu wyraz w ocenie poszczególnych dowodów zebranych w sprawie, zwłaszcza osobowych źródeł dowodowych. Sam fakt, że skarżący wciąż ich nie akceptuje nie oznacza wadliwie sporządzonych pisemnych motywów rozstrzygnięcia. W literaturze podkreśla się, że jeśli sąd II instancji w pełni podziela ocenę dowodów, jakiej dokonał sąd I instancji, nie ma obowiązku ponownego przytaczania w uzasadnieniu orzeczenia przyczyn, dla których określonym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej. W takim wypadku wystarczy zdecydowane stwierdzenie, że podziela argumentację zamieszczoną w uzasadnieniu wyroku sądu I instancji (o ile przeprowadzone dowody zostały w nim omówione) oraz, że traktuje ustalenia sądu za własne. Sąd II instancji może odwołać się do oceny prawnej sądu I instancji, jeżeli ją podziela i uznaje za wyczerpującą (zob. T. Ereciński, System Prawa Cywilnego Procesowego, Tom II, Część II, 5.1.1., Wolters Kluwer 2016). Z tych względów nie sposób podzielić stanowisko kasatora.

Nie ma również podstaw do akceptacji kolejnego zarzutu naruszenia prawa procesowego. *Prima facie* jawi się wada w jego konstrukcji. W podstawie skargi kasacyjnej wskazano art. 231 k.p.c., który jest dedykowany do postępowania przed sądem pierwszej instancji. Tymczasem skarga kasacyjna służy stronie od prawomocnego orzeczenia Sądu odwoławczego, co obliguje wnoszącego skargę do powiązania danej normy z art. 391 § 1 k.p.c. Skarżący dostrzega ten obowiązek przy argumentacji naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c., lecz nie duplikuje go w sferze domniemań faktycznych. Z tego względu nie poddaje się on dalszej kontroli kasacyjnej.

Niezależnie od tego Sąd Najwyższy stwierdza, że nie można zatem dokonać prawidłowego domniemania faktycznego bez ustalenia faktów stanowiących jego logiczne przesłanki. Domniemanie faktyczne jest środkiem dowodowym stosowanym w braku bezpośrednich środków dowodowych. Nie zastępuje jednak dowodu, a zatem prawidłowo skonstruowane domniemanie faktyczne stanowi sąd kategoryczny o fakcie, nie może mieć natomiast charakteru tylko hipotezy. Orzeczenie sądu może być bowiem oparte na domniemaniu faktycznym, o którym mowa w art. 231 k.p.c., tylko wówczas, gdy stanowi ono wniosek, wynikający z

logicznie ustalonych faktów stanowiących przesłanki domniemania, najbardziej zbliżony do zasad doświadczenia życiowego (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 11 lutego 2015 r., I UK 209/14, LEX nr LEX nr 1678956; z dnia 5 grudnia 2007 r., II PK 103/07, LEX nr 863973). Należy także podkreślić, iż oparte na domniemaniach faktycznych rozumowanie Sądu powinno w sposób wszechstronny i logiczny rozważyć wszystkie okoliczności sprawy i ocenić w ustalonym stanie faktycznym stopień prawdopodobieństwa zajścia okoliczności stanowiących przyczynę uznania, iż ubezpieczona mogła dokonać zapłaty składki w ustawowym terminie. Sąd Apelacyjny formułując swoje stanowisko odwołał się do szeregu zdarzeń faktycznych, zestawiające je wzajemnie ze sobą. Zespół użytych faktorów nie kreuje ponadstandardowych założeń, które kolidują z zasadami doświadczenia życiowego. *Summa summarum* uprawnione jest stwierdzenie, że wyprowadzone przez Sąd drugiej instancji domniemanie faktyczne, będące rozumowaniem sędziego opartym na wiedzy i doświadczeniu, nie zostało w skardze kasacyjnej skutecznie wzruszone przez wykazanie jego nieprawidłowości.

Jednocześnie nie można tracić z pola widzenia roli Sądu Najwyższego w postępowaniu kasacyjnym. Nie jest to wszak kolejna instancja sądowa, której celem i zadaniem jest ocena zgromadzonych w sprawie dowodów, do czego *de facto* zmierza skarżący. Sąd Najwyższy nie jest uprawniony ani do badania prawidłowości ustaleń faktycznych, ani do oceny dowodów, dokonanych przez sąd drugiej instancji i jest związany ustalonym stanem faktycznym sprawy (art. 398¹³ § 2 k.p.c.). Związanie to wyklucza nie tylko przeprowadzenie w jakimkolwiek zakresie dowodów, lecz także badanie, czy sąd drugiej instancji nie przekroczył granic swobodnej ich oceny.

Oś sporu przebiega w płaszczyźnie prawidłowej wykładni art. 14 ust. 2 ustawy systemowej. W celach porządkowych należy przypomnieć treść spornych przepisów.

Zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy systemowej, objęcie dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym, rentowymi i chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony, z zastrzeżeniem ust. 1a, który przewiduje, że objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od

dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4 (czyli w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia). Z kolei art. 14 ust. 2 ustawy systemowej stanowi, że dobrowolne 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. Jednocześnie w uzasadnionych przypadkach Zakład Ubezpieczeń Społecznych może, na wniosek ubezpieczonego, wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie.

Przystąpienie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, jest obwarowane określonym formalizmem, a ochrona wymienionego wyżej ryzyka jest dobrowolna. Podstawowym warunkiem uzyskania ochrony jest terminowe opłacanie składek należnych na to ubezpieczenie. W judykaturze podkreśla się, że dyspozycja art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej obejmuje trzy sytuacje faktyczne. Pierwsza sprowadza się do zaniechania opłacenia składki w terminie za dany miesiąc. Druga polega na opłaceniu składki w terminie, ale w niepełnej wysokości i trzecia polega na opłaceniu składki w pełniej wysokości, lecz po terminie (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w [...] z 23 kwietnia 2013 r., III AUa 1067/12, LEX nr 1313228).

Skutki uchybienia przedmiotowym obowiązkom prowadzą do ustania ubezpieczenia, a tym samym podmiot oczekujący świadczeń (np. zasiłku chorobowego, zasiłku macierzyńskiego) jest obligowany do opłacania składki na to ubezpieczenie w terminie i we właściwej (należnej) wysokości. Zaistnienie którejkolwiek z opisanych wyżej sytuacji powoduje – z mocy art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej – ustanie tego ubezpieczenia. Ubezpieczenie to wygasa nawet w sytuacji, gdy osoba zobowiązana nie ponosi winy za nieopłacenie składki.

Z uwagi na cel i funkcje świadczeń z ubezpieczenia społecznego prawo musi przewidywać (i przewiduje) okoliczności sanujące uchybienia płatnika składek. W tym celu ustawa systemowa posługuje się konstrukcją „wyrażenia przez organ

rentowy zgody na opłacenie składki po terminie”. W ten sposób może dojść do kontynuowania ubezpieczenia chorobowego, mimo opłacenia składki po terminie.

Wykładnia art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej była kilkakrotnie przedmiotem rozważań Sądu Najwyższego, który w uchwale z 8 stycznia 2007 r., I UZP 6/06 (OSNP 2007 nr 13-14, poz. 197) stwierdził, że sąd, rozpoznający odwołanie od decyzji organu rentowego odmawiającej wypłaty zasiłku chorobowego, bada zachowanie terminu do opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe oraz zasadność odmowy wyrażenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych zgody na opłacenie składki po terminie. W uzasadnieniu tej uchwały Sąd Najwyższy przypomniał, że art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej w brzmieniu pierwotnym stanowił, że w uzasadnionych przypadkach, na wniosek zainteresowanego, ZUS może przywrócić termin do opłacenia składek na dobrowolne ubezpieczenie. Zwrot „Zakład może przywrócić termin” sugerował pozostawienie omawianej kwestii do swobodnego uznania organu rentowego. Nowe brzmienie art. 14 ust. 2 pkt 2 zdanie drugie, nadane przez art. 1 pkt 9 lit. a ustawy z dnia 23 grudnia 1999 r. (Dz.U. Nr 110, poz. 1256), zmieniającej ustawę z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2000 r., zgodnie z którym „Zakład może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie”, akcentuje swobodny charakter działań ZUS w tym zakresie, co jednak nie uzasadnia wyłączenia tej kwestii spod kontroli sądu.

W postanowieniu Sądu Najwyższego z 14 listopada 2007 r., II UK 65/07 (LEX nr 863989), przyjęto, że organ rentowy został wyposażony w kompetencję wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie, czyli uznania, że mimo nieopłacenia składki w terminie ubezpieczenie nie ustało. W ustawie systemowej nie zostały określone przesłanki wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie, co jednak nie oznacza przyznania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych niczym nieskrępowanego uznania w uwzględnieniu lub nieuwzględnieniu wniosku o wyrażenie tej zgody. Przyznana organowi rentowemu kompetencja powinna być wykonywana według sprawdzalnych, sprawiedliwych kryteriów. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, wyposażony w uprawnienie wyrażania zgody na opłacenie składki po terminie, powinien ujawnić, jakimi przesłankami kierował się odmawiając jej, a jego decyzja podlega merytorycznej ocenie sądu. Użyte w art. 14

ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej 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 (np. o niepodleganiu dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu). W tym drugim przypadku, w razie poddania decyzji kontroli sądowej, badanie obejmuje wszystkie okoliczności, także te, które stanowiły przesłanki zaskarżonego rozstrzygnięcia. Sąd ubezpieczeń społecznych w ramach kontroli zapadłej decyzji nie jest związany ustaleniami faktycznymi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i dokonuje samodzielnych ustaleń w zakresie stanu faktycznego oraz ocenia zasadność wniosku złożonego przez ubezpieczonego (płatnika składek).

Lektura treści art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej ujawnia, że ustawodawca nie zdecydował się na zamknięty katalog okoliczności uzasadniających wyrażenie zgody. Tego rodzaju technika ustawodawcza jest prawidłowa, pozostawia bowiem orzecznictwu wypracowanie przesłanek, które w konkretnym stanie faktycznym będą obligowały do uwzględnienia żądania ubezpieczonego albo też będą dane żądanie czyniły bezzasadnym.

Kardynalnego więc znaczenia nabiera dookreślenie okoliczności, które powinny być brane pod uwagę przy rozstrzyganiu określonego stanu faktycznego. Niewątpliwie należy brać pod uwagę przebieg samego ubezpieczenia chorobowego. Skoro ubezpieczenie chorobowe osób prowadzących działalność gospodarczą ma dobrowolny charakter i jego powstanie uzależnione jest od woli samego ubezpieczonego, a warunkiem trwania tegoż ubezpieczenia jest terminowe opłacanie należnych z tego tytułu składek, to dotychczasowy sposób wywiązywania się płatnika z tego obowiązku nie pozostaje bez wpływu na ocenę zasadności żądania płatnika składek. W tej mierze Sąd Apelacyjny zauważył, że Sędzią Okręgowym, że ubezpieczona już dwukrotnie zwracała się z wnioskami o wyrażenie zgody na opłacenie należnej składki na ubezpieczenie chorobowe (wnioski: z lutego 2014 r., z marca 2014 r.). W rezultacie dokonała wyrejestrowania z ubezpieczenia chorobowego w okresie od 1 do 30 kwietnia 2014 r., by od dnia 1 maja 2014 r. ponownie przystąpić do tego ubezpieczenia, tym razem deklarując maksymalną podstawę składek na dane ubezpieczenie. Składka za miesiąc lipiec

2014 r. została opłacona po terminie. Opisany przebieg ubezpieczenia i realizacja obowiązków odwołującej nie wzmacnia jej przekazu w kontekście istnienia obiektywnych okoliczności przemawiających na rzecz rekonstrukcji okresu ubezpieczenia chorobowego. W tej sekwencji nie ma znaczenia moment uregulowania należności, a pośrednio ilość dni opóźnienia. Akcent jest rozłożony na przyczynę zaniechania uiszczenia składki. Jej waga może sanować kilkudniowe opóźnienie; z kolei błahy powód nie usprawiedliwia nawet krótkiego (jednodniowego) opóźnienia. Można też powiedzieć, że im krótszy moment opłacenia składki po terminie, tym mniej ważne przyczyny będą uzasadniały powrót do ubezpieczenia chorobowego. W tym ostatnim przypadku dopiero wektor zależności podmiotowo – przedmiotowych ujawnić może decydujące parametry.

Wszak rzecz dotyczy profesjonalnego podmiotu, który prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą w myśl ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (jednolity tekst: Dz.U. 2016 r., poz. 1829). Immanentną cechą tej działalności jest jej zawodowy charakter, pozwalający odróżnić ją od czynności osoby fizycznej. Zatem przy ocenie jej działań wzorzec kontroli winien być podniesiony do poziomu wymaganej staranności, jaki towarzyszy profesjonalistom.

Z drugiej strony także tego rodzaju podmiotom mogą przydarzyć się sytuacje, których w żaden sposób nie można przewidzieć, czy też są całkowicie niezależne od woli konkretnego podmiotu. Stąd w kontekście opisanego wyżej parametru trzeba ważyć przyczynę nieterminowego opłacenia danej składki, bowiem brak racjonalnego usprawiedliwienia wyklucza wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 sierpnia 2015 r., III UK 233/14, LEX nr 1784526). Także niewiarygodna postawa skarżącego nie może być pomijana.

Ogólnie jako przyczyny uzasadniające wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie wskazać można: chorobę ubezpieczonego, nagły wyjazd, brak pieniędzy wywołany czynnikami niezależnymi od ubezpieczonego, siłę wyższą, wypadek losowy czy też inne okoliczności, które obiektywnie wyjaśniają, że zapłata składek w terminie była niemożliwa albo niezapłacenie ich w terminie było niezależne od woli ubezpieczonego, a samo niezapłacenie składek w terminie nie

było spowodowane tylko zaniedbaniem (brakiem staranności) ubezpieczonego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 stycznia 2016 r., I UK 35/15, LEX nr 2004234).

Ad casum rzecz sprowadza się do braku możliwości złożenia przelewu w ustawowym terminie, gdyż w miejscu przebywania ubezpieczonej tego dnia, jak i poprzedniego, nie działał Internet. Argument ten jest infantylny. Dziś dostęp do sieci nie jest „dobrem luksusowym”. Zarówno cena dostępu do usługi, jak i lokalizacja miejsca pobytu ubezpieczonej (O.) nie wskazują same w sobie na brak możliwości złożenia stosownego polecenia przelania środków pieniężnych na właściwy rachunek pozwanego. Dostęp do Internetu jest możliwy nie tylko przez stałe łącze, czy też Wi-Fi, ale również za pośrednictwem telefonu komórkowego. Ta ostatnia opcja łączy się z ofertą operatorów i podmiotów świadczących usługi bankowe w celu możliwości wykonania przelewu przez telefon, za pomocą stosownych aplikacji. Tego typu usługa jest adresowana szczególnie do osób młodych, które bez problemu poruszają się w przestrzeni elektronicznej. Sam zaś moment złożenia przelewu przez wykorzystanie stosownych zakładów (stała płatność, zdefiniowany odbiorca) nie angażują w taki sposób, jak tradycyjne wypełnienie przelewu, czy też nie wiążą się z wizytą w banku, na pocztę. Z tego względu są osiągalne z każdego miejsca, a zakres negatywnych przeszkód jest wąski. Stąd sama awaria routera, jak podkreśla skarżący, nie wyklucza złożenia przelewu z wykorzystaniem telefonu komórkowego, zwłaszcza że jej usunięcie sprowadza się do automatycznego restartu urządzenia. Jednocześnie towarzyszące temu okoliczności dodatkowe (stan po porodzie, wyniki laboratoryjne dziecka, miejsce zamieszkania) zostały uwzględnione przez Sąd Apelacyjny, w tym także przez wzajemne powiązanie okoliczności wydobytych z osobowych źródeł dowodowych. Ich eskalacja w skardze, za pomocą emocjonalnych przymiotników, zmierza do wywołania wrażenia wyjątkowej sytuacji ubezpieczonej. Tak jednak nie jest, bowiem towarzysząca troska o zdrowie i przyszłość dziecka wyrażać powinna się także sumienną realizacją obowiązków związanych z kontynuacją ubezpieczenia społecznego, tak by w ten sposób uzyskać świadczenia pieniężne niezbędne do realizacji materialnej strony macierzyństwa.

Owszem, w przypadku czasowego zawieszenia usług mobilnych, może dojść do powstania przeszkód w wykonaniu stosownego polecenia zapłaty, lecz wówczas ciężar wykazania braku możliwości spoczywa na płatniku składek. Jego rola powinna więc sprowadzić się w procesie do udowodnienia, że w dniu wymagalności płatności nie miał możliwości dostępu do sieci z przyczyn od siebie niezależnych (np. brak dostępu do strony internetowej banku albo organu rentowego, wirusowe oprogramowanie, etc.). Tymczasem ustalenia poczynione w sprawie, a wiążące Sąd Najwyższy, nie pozwalają na stwierdzenie zaistnienia takich przesłanek. Naturalnie art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej nie powinien być traktowany z nadmiernym rygoryzmem – w tym znaczeniu, że niejako automatycznie prowadzi do wyłączenia z ubezpieczenia, bez względu na okoliczności. Przepis ten nie wymaga, aby dany przypadek był wyjątkowy i szczególnie uzasadniony, a przez przypadek uzasadniony rozumieć należy taki, który obiektywnie usprawiedliwia i tłumaczy, dlaczego składka nie została należycie opłacona (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 21 kwietnia 2015 r., III AUa 943/14, LEX nr 1747276).

Splot powyższych argumentów prowadzi do stwierdzenia, że ocena zachowania osoby prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą, w kontekście przyczyn opóźnienia w zapłacie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, powinna być dokonana z uwzględnieniem zawodowego i profesjonalnego miernika staranności. Wydobycie tej cechy nie pozostaje w opozycji do szczególnej ochrony kobiet w ciąży (i po urodzeniu dziecka), skoro w żaden sposób nie ingeruje w strefy wzmożonej kontroli. Z ustaleń Sądów *a meriti* wynika, że składka na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc lipiec 2014 r. została opłacona po terminie, a po stronie wnoszącej skargę nie istniały przeszkody do uregulowania należności w terminie. W takim układzie zdarzeń faktycznych nie doszło do niewłaściwego zastosowania treści art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej.

Z tych względów skarga kasacyjna podlega oddaleniu z mocy art. 398¹⁴ k.p.c.