

Sygn. akt I USKP 50/21

POSTANOWIENIE

Dnia 21 października 2021 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Katarzyna Gonera (przewodniczący)

SSN Maciej Pacuda (sprawozdawca)

Prezes SN Piotr Prusinowski

w sprawie z odwołania A.C.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w N.

o podleganie ubezpieczeniu chorobowemu,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń

Społecznych w dniu 21 października 2021 r.,

skargi kasacyjnej ubezpieczonej od wyroku Sądu Apelacyjnego w [...]

z dnia 16 maja 2019 r., sygn. akt III AUa [...],

**odracza wydanie orzeczenia i przekazuje do rozstrzygnięcia
powiększonemu składowi Sądu Najwyższego następujące
zagadnienie prawne:**

**czy dobrowolne ubezpieczenie chorobowe osoby
prowadzącej pozarolniczą działalność ustaje na podstawie art. 14
ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie
ubezpieczeń społecznych (jedn. tekst Dz. U. z 2021 r., poz. 423)
również w przypadku opłacenia przez tę osobę składki w
terminie, ale w wysokości niższej niż należna ?**

UZASADNIENIE

Sąd Okręgowy – Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w N. wyrokiem z dnia 20 października 2016 r. oddalił odwołanie wniesione przez ubezpieczoną A.C.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w N. z dnia 28 kwietnia 2016 r. stwierdzającej, że ubezpieczona w okresie od dnia 14 września 2015 r. do dnia 30 listopada 2015 r. podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, natomiast od dnia 1 grudnia 2015 r. nie podlegała temu ubezpieczeniu. Sąd Okręgowy ustalił, że ubezpieczona od dnia 14 września 2015 r. prowadziła pozarolniczą działalność gospodarczą i od tego dnia podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Deklaracja za grudzień 2015 r. została przez nią złożona oraz opłacona w terminie, jednak wpłacona kwota była zaniżona, nie uwzględniała bowiem kwoty składek za okres od dnia 10 grudnia 2015 r. Z uwagi na błąd w konfiguracji programu popełniony przez męża ubezpieczonej J.C. opłata składki za grudzień 2015 r. została ustalona w niższej wysokości. Błąd polegał na tym, że nie upłynął jeszcze okres 90 dni ubezpieczenia, zatem nie było podstaw do przyjęcia, że okres choroby ubezpieczonej może być odliczony. Mąż ubezpieczonej nie sprawdził tego, podobnie jak wydruku składek za grudzień. Niezwłocznie po zauważeniu błędu, co nastąpiło po przedłożeniu w ZUS kolejnego zaświadczenia lekarskiego, tj. w dniu 1 lutego 2016 r. ubezpieczona złożyła korektę deklaracji i zapłaciła brakującą kwotę. Pismem z dnia 9 lutego 2016 r. organ rentowy odmówił wyrażenia zgody na opłacenie przez ubezpieczoną składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za grudzień 2015 r. po terminie, a decyzją z dnia 3 lutego 2016 r. odmówił przyznania jej prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 10 grudnia 2015 r. do dnia 17 lutego 2016 r. W uzasadnieniu tej decyzji wyjaśnił, że niezdolność do pracy powstała w dniu 10 grudnia 2015 r., a ubezpieczona nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 1 grudnia 2015 r. Tytuł ubezpieczenia chorobowego ustał bowiem w dniu 30 listopada 2015 r., natomiast w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego ubezpieczona nie nabyła prawa do zasiłku chorobowego, ponieważ nie legitymowała się 90-dniowym nieprzerwanym okresem ubezpieczenia chorobowego.

Sąd pierwszej instancji ustalił również, że w 2016 r. ubezpieczona nadal deklarowała oraz opłacała składki na ubezpieczenie chorobowe. Od stycznia do marca 2016 r. deklarowane składki były obliczane od podstawy wymiaru w kwocie 2.433 zł., a od kwietnia do czerwca 2016 r. – w kwocie 3.210,60 zł.

Powołując się na tak ustalony stan faktyczny sprawy, Sąd Okręgowy uznał, że odwołanie ubezpieczonej nie zasługiwało na uwzględnienie. Sąd ten podkreślił, że w sprawie nie ulegało wątpliwości, że ubezpieczona opłaciła składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za grudzień 2015 r. w nieprawidłowej wysokości. W trakcie postępowania dowodowego jednoznacznie przyznała zaś, że nieprawidłowa wysokość opłaconej składki wynikała z błędu jej męża - zawodowego księgowego - zajmującego się księgowością firmy. Sąd pierwszej instancji podzielił jednak przyjmowany w orzecznictwie pogląd, w myśl którego w użyciu w art. 14 ust. 1 (powinno być ust. 2) ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (dalej jako ustawa systemowa) pojęciu „nieopłacenia w terminie składki należnej na ubezpieczenie” mieszczą się trzy sytuacje: niepłacenie w ogóle w terminie składki za dany miesiąc, opłacenie składki w terminie, ale w niepełnej wysokości oraz opłacenie składki w pełniej wysokości, lecz po terminie. Ustawodawca uznał zatem, że osoba składająca wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym i oczekująca świadczeń od organu rentowego, jest zobowiązana do opłacania składki na to ubezpieczenie w terminie i we właściwej wysokości. Dobrowolne ubezpieczenie chorobowe wygasa bowiem z mocy prawa, gdy niedotrzymany został termin zapłaty składki w prawidłowej wysokości.

Sąd Okręgowy podkreślił w związku z tym, że organ rentowy, po rozpoznaniu wniosku złożonego przez ubezpieczoną, nie wyraził także zgody na opłacenie składki po terminie, wobec czego dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonej ustało w dniu 1 grudnia 2015 r. Stanowisko organu rentowego w tym zakresie było zaś słuszne, ponieważ żadne okoliczności uzasadniające udzielenie zgody na opłacenie składki po terminie nie nastąpiły, skoro mąż ubezpieczonej zajmujący się jej księgowością firmy jest fachowcem, z zawodu księgowym. Popętnienie przez niego błędu w postaci niewłaściwej konfiguracji programu nie usprawiedliwiało więc udzielenia takiej zgody. Błąd księgowego obciążał ubezpieczoną. Dlatego należało uznać, że zaskarżona decyzja była prawidłowa.

Sąd Apelacyjny – Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Krakowie wyrokiem z dnia 16 maja 2019 r. oddalił apelację wniesioną przez ubezpieczoną od wyroku Sądu pierwszej instancji.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, rozstrzygnięcie Sądu pierwszej instancji było prawidłowe, choć wymagało uzupełnienia poczynione przez Sąd Okręgowy ustalenie, że ubezpieczona od dnia 10 grudnia 2015 r. była niezdolna do pracy o stwierdzenie, że udzielone jej wówczas zwolnienie lekarskie było uzasadnione stanem zdrowia związanym z ciążą. Ustalenia faktyczne należało też uzupełnić o niesporną okoliczność, wynikającą z deklaracji rozliczeniowych oraz z zeznań J.C., że podejmując niedługo przed powstaniem niezdolności do pracy, tj. od dnia 14 września 2015 r., działalność gospodarczą w postaci sklepu internetowego z kosmetykami, ubezpieczona zadeklarowała za ten miesiąc (a w zasadzie za połowę miesiąca) jako podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe kwotę 2.375,40 zł, natomiast już za kolejne pełne miesiące, tj. październik i listopad 2015 r. - kwoty po 9.897,50 zł.

Zdaniem Sądu drugiej instancji, zasadniczy spór w sprawie dotyczył jednak wykładni art. 14 ust. 2 ustawy systemowej, a w szczególności tego, czy w okolicznościach faktycznych tej sprawy od dnia 1 grudnia 2015 r. ustało dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonej. Sąd Apelacyjny przypomniał w związku z tym, że w świetle przepisów ustawy systemowej osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega ubezpieczeniu chorobowemu na zasadzie dobrowolności. 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 ust. 1a. 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 siedmiu dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia (ust. 1a). Natomiast w myśl 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.

W ocenie Sądu drugiej instancji, zasadnicze znaczenie dla rozstrzygnięcia przedmiotowej sprawy miała odpowiedź na pytanie, czy art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej warunkował kontynuowanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od opłacenia pełnej składki, czy też wystarczyło uiścić jedynie część należnej składki, aby nadal korzystać z tego ubezpieczenia. Jak zauważył przy tym Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 18 kwietnia 2012 r., II UK 188/11 (LEX nr 1217208), użyte w art. 14 ust. 2 pkt 2 określenie „składki należnej” nie jest przypadkowe, gdyż odnoszący się do składki przymiotnik oznacza, że chodzi o należną składkę, czyli pełną składkę a więc nie wystarcza jej część. Należna składka to ta, która powinna być zapłacona. Jeżeli składka nie jest należna, a więc mniejsza niż należna, to dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje z mocy ustawy.

Sąd Apelacyjny podzielił również wyrażone w orzecznictwie stanowisko, że w zawartym w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej sformułowaniu „nieopłacenie w terminie składki należnej” mieszczą się trzy sytuacje: nieopłacenie w terminie składki w ogóle za dany miesiąc, opłacenie składki w niepełnej wysokości (jak miało to miejsce w niniejszej sprawie) oraz opłacenie składki z przekroczeniem terminu. Należna składka to ta, która powinna być zapłacona. Nieopłacenie składki należnej w terminie powoduje zatem wyłączenie z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z mocy prawa, a więc niezależnie od woli ubezpieczonego (por. wyroki Sądu Apelacyjnego w Białymstoku: z dnia 23 kwietnia 2013 r., III AUa 1067/12, LEX nr 1313228, Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 8 lutego 2018 r., III AUa 647/17, LEX nr 2481730, Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 1 grudnia 2016 r., III AUa 329/16, LEX nr 2193049, Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 10 listopada 2015 r., III AUA 1854/14, LEX nr 1936806).

Sąd drugiej instancji zauważył równocześnie, że ubezpieczona powoływała się przede wszystkim na wykładnię art. 14 ust. 2 ustawy systemowej przyjętą w uzasadnieniu wyroku Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 2015 r., II UK 443/14 (LEX nr 1962525), w którym zaprezentowano odmienny pogląd niż w powołanym

wcześniej wyroku tego Sądu z dnia 18 kwietnia 2012 r. W uzasadnieniu wyroku z dnia 8 grudnia 2015 r. Sąd Najwyższy sformułował bowiem tezę, zgodnie z którą tylko zaniechanie zapłaty całej składki w terminie wyraża wolę zaprzestania podlegania ubezpieczeniu, gdyż opłacenie składki wiąże się zawsze z wolą jego kontynuowania. Dlatego opłaceniu składki w niższej od należnej wysokości nie należy nadawać znaczenia powodującego ustanie ubezpieczenia, wbrew woli ubezpieczonego. Jeżeli taka jest wola ubezpieczonego, to nie może jej być przeciwstawiona decyzja organu ubezpieczeń społecznych o odmowie przyjęcia uzupełnienia składki w późniejszym terminie.

Sąd Apelacyjny podzielił jednak wykładnię zaprezentowaną w powołanych wcześniej wyrokach: Sądu Najwyższego z dnia 18 kwietnia 2012 r. oraz Sądów Apelacyjnych. Sąd ten podkreślił, że art. 14 ust. 2 ustawy systemowej zawiera trzy odrębne podstawy ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, przy czym tylko przyczynę określoną w ust. 2 pkt 1 (złożenie wniosku) można wprost utożsamiać z wyrazem woli ubezpieczonego co do ustania tego ubezpieczenia. W tym wypadku rzeczywiście o ustaniu ubezpieczenia decyduje wyłącznie wola samego ubezpieczonego. Natomiast w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawodawca powołuje się jedynie na sam fakt nieopłacenia należnej składki w terminie, w żaden sposób nie odwołując się do przyczyny takiego stanu rzeczy oraz do intencji czy woli ubezpieczonego w zakresie kontynuowania, bądź niekontynuowania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

Zdaniem Sądu drugiej instancji, podstawa faktyczna ustania ubezpieczenia wskazana w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej została tak skonstruowana przez ustawodawcę, że abstrahuje zupełnie od woli ubezpieczonego co do kontynuowania lub ustania ubezpieczenia. Może bowiem zaistnieć sytuacja, w której ubezpieczony nadal chce podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, a z różnych przyczyn, nawet od niego niezależnych, w ogóle nie opłaca w terminie należnej składki. Element woli ubezpieczonego w sytuacji braku opłacenia składki nie może więc decydować o ustaniu bądź nieustaniu ubezpieczenia. Podobnie przyczyna wymieniona w art. 14 ust. 2 pkt 3 ustawy, odwołująca się do ustania tytułu podlegania ubezpieczeniom, również nie może być

oceniana z punktu widzenia woli czy intencji ubezpieczonego, a jedynie samego obiektywnego faktu ustania tytułu podlegania ubezpieczeniom.

Przyczyny, dla których ustaje tytuł ubezpieczenia (np. zaprzestanie prowadzenia działalności gospodarczej), mogą być różne, w tym uzależnione od woli ubezpieczonego (tak jest najczęściej) lub niezależne od jego woli. Stojąc na gruncie wykładni przytoczonej w apelacji i przyjmując, że opłacenie zaniżonej składki jest wyrazem woli dalszego podlegania ubezpieczeniu i to wystarcza, aby ubezpieczenie nie ustało (mimo braku opłacenia składki w należytej wysokości), można sobie wyobrazić sytuację częstego czy ciągłego wręcz opłacania przez danego płatnika składek w zaniżonej wysokości, co nie prowadziłoby do ustania tego ubezpieczenia i w konsekwencji nie prowadziłoby do odmowy wypłaty świadczeń z tego ubezpieczenia. Taki wniosek nie tylko nie znajduje jednak uzasadnienia w wykładni językowej art. 14 ust. 2 ustawy systemowej, ale trudno uzasadnić go także celem i funkcją art. 14 ust. 2 pkt 2, mającym również dyscyplinować płatników w zakresie terminowego (i w należytej wysokości) opłacania składek. Wykładnia językowa, a nawet funkcjonalna art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, tym bardziej w kontekście ust. 2 pkt 1 tego artykułu, nie pozwala zatem odczytywać normy wynikającej z tego przepisu z uwzględnieniem w jej hipotezie woli ubezpieczonego co do dalszego trwania ubezpieczenia jako przesłanki jego ustania lub kontynuowania.

Przyjęcie przez Sąd Apelacyjny, że ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w okolicznościach wymienionych w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej jest niezależne od woli ubezpieczonego, jego intencji oraz przyczyn nieopłacenia składek w należytej wysokości w terminie musi z kolei prowadzić do wniosku, że ustawodawca dość rygorystycznie traktuje obowiązek terminowego i w należytej wysokości opłacania składek na to ubezpieczenie. Z woli ustawodawcy już samo nieopłacenie składki w należytej wysokości powoduje na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej ustanie dobrowolnego ubezpieczenia społecznego z mocy prawa. Właśnie z uwagi na dość duży rygoryzm tego przepisu (który nie uwzględnia woli ubezpieczonego, jego intencji i przyczyny nieopłacenia składki w należytej wysokości) przewiduje w takich „uzasadnionych” sytuacjach możliwość wyrażenia zgody przez Zakład na opłacenie składki po terminie (w tym

również brakującej części składki). Dopiero podejmując na wniosek ubezpieczonego tego rodzaju decyzję o wyrażeniu zgody na opłacenie składek po terminie, Zakład może więc wziąć pod uwagę przyczyny opłacenia zaniżonej składki, w tym ewentualny stopień zawinienia ubezpieczonego oraz uwzględnić jego intencje i wolę kontynuowania ubezpieczenia.

Biorąc za podstawę przedstawiony wyżej kierunek wykładni, Sąd drugiej instancji podkreślił, że jak wynika z ustaleń faktycznych, organ rentowy pismem z dnia 9 lutego 2016 r. nie wyraził zgody na opłacenie należnej składki po terminie, uznając, że nie występują w sprawie uzasadnione okoliczności przemawiające za uwzględnieniem takiego wniosku. W orzecznictwie najczęściej przyjmuje się zaś, że przesłanki wyrażenia przez organ rentowy zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie stanowią okoliczności związane z przebiegiem samego ubezpieczenia oraz przyczynami uchybienia owego terminu.

Oceniając wniosek ubezpieczonej, Sąd Apelacyjny zauważył, że korzystała ona z pomocy profesjonalnego księgowego (męża), który jak wynikało z jego relacji popełnił błąd, nie dochowując należytej staranności (nie sprawdził, że program, którym posługiwał się, nie był odpowiednio skonfigurowany). W orzecznictwie przyjmuje się jednak, że błąd podmiotu, który profesjonalnie zajmuje się obsługą księgową płatnika, nie stanowi wystarczającej przesłanki do wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie. Opłacanie składek obciąża bowiem wyłącznie ubezpieczonego, który nie może powoływać się na błąd w działaniu swojego biura rachunkowego (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 7 lipca 2004 r., III AUa 547/2003, LexPolonica nr 402092 oraz wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 23 kwietnia 2013 r., III AUa 1067/12 LEX nr 1313228). Sąd Apelacyjny podzielił to stanowisko, bowiem gdyby przyjąć, że w każdej sytuacji, w której nieopłacenie składki jest wynikiem błędu profesjonalnego podmiotu, któremu płatnik powierzył obsługę księgową, uzasadnia wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie, wyrażenie takiej zgody stałoby się regułą, a art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej przestałby spełniać swoją również dyscyplinującą płatników funkcję.

Odnosząc się natomiast do oceny dotychczasowego przebiegu ubezpieczenia, Sąd Apelacyjny stwierdził, że ubezpieczona już na samym początku

okresu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu nie opłacała składki w należytej wysokości, bowiem podlegała temu ubezpieczeniu dopiero od dnia 14 września 2015 r., a już od grudnia 2015 r. z powodu niezdolności do pracy związanej z ciążą zamierzała uzyskać świadczenie z tego ubezpieczenia. Zatem z uwagi na krótki okres ubezpieczenia i opłacania składek, w przypadku ubezpieczonej nie można było powołać - jako przemawiający za uwzględnieniem wniosku - argumentu, że była dotąd długoletnim, rzetelnym płatnikiem składek. Nie bez znaczenia pozostawała też bardzo wysoka podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe w kwocie 9.897,50 zł zadeklarowana z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej przez ubezpieczoną, która zaraz po upływie 90 dni podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu zamierzała skorzystać z prawa do zasiłku. Zadeklarowanie tak wysokiej podstawy wymiaru składek w sytuacji, gdy ubezpieczona mogła spodziewać się, że ze względu na ciążę będzie korzystała z odpowiednio wysokich świadczeń z ubezpieczenia chorobowego (np. zasiłku macierzyńskiego), świadczy o dobrym rozeznaniu w sposobach i możliwościach uzyskania jak najwyższych świadczeń z tego ubezpieczenia. Na pewną jej sprawność w dostosowaniu się do sytuacji w zakresie deklarowania określonej podstawy wymiaru składki wskazuje również zadeklarowanie znacznie niższej podstawy za okres od stycznia 2016 r. w sytuacji, gdy odmówiono jej prawa do zasiłku chorobowego. Sąd Apelacyjny podzielił w tym względzie wyrażone w orzecznictwie (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 15 listopada 2017 r., III AUA 325/17, LEX nr 2423327) stanowisko, że w sytuacji, kiedy działania podejmowane przez ubezpieczonego wskazują na jego biegłość w zakresie wykorzystywania instrumentów formalnoprawnych, zmierzających do uzyskania świadczeń nieproporcjonalnie wysokich do ryzyka ubezpieczeniowego, organ rentowy może postawić wyższe wymagania do oceny czy zachodzi usprawiedliwiony przypadek. Również w niniejszej sprawie - sekwencja działań podjętych przez ubezpieczoną wskazuje na często występującą, dopuszczalną, ale instrumentalizację - wykorzystanie systemu ubezpieczenia przez złamanie powiązania składki z wysokością świadczenia w sytuacji, kiedy spełnienie się ryzyka ubezpieczeniowego było pewne (z uwagi na ciążę ubezpieczonej). Podjęcie takich działań wymaga wyższego od przeciętnego rozeznania i poziomu

świadomości prawnej. Skoro system prawa wykorzystuje się instrumentalnie, z pełnym rozeznaniem zasad ubezpieczenia chorobowego, to w takiej sytuacji nie można odmówić organowi rentowemu, że postawi wyższe wymagania co do okoliczności, które uzasadniają wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie.

Ubezpieczona A.C. wniosła do Sądu Najwyższego skargę kasacyjną od wyroku Sądu Apelacyjnego z dnia 16 maja 2019 r., zaskarżając ten wyrok w całości i zarzucając mu naruszenie prawa materialnego, to jest:

a) art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, przez błędną wykładnię polegającą na przyjęciu, że:

- opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w kwocie niższej od należnej powoduje ustanie tego ubezpieczenia, wbrew woli ubezpieczonego i jest równoznaczne z nieopłaceniem w terminie składki należnej na to ubezpieczenie,

- „uzasadniony przypadek” nie obejmuje sytuacji, kiedy składka nie została opłacona w stosownej wysokości na skutek nienależytego obliczenia jej wysokości przez biuro księgowe, gdy niedopatrzenie to zostaje naprawione, nie ma ono charakteru działania specjalnego, mającego „oszukać” system ubezpieczeń społecznych, a ponadto w historii płatnika zdarzenie to jest jednorazowe, a w konsekwencji błędne przyjęcie, że ubezpieczona nie podlegała od dnia 1 grudnia 2015 r. ubezpieczeniu chorobowemu;

b) zastosowanie wykładni art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej bez wynikającej z art. 71 ust. 2 Konstytucji RP szczególnej ochrony matki przed i po urodzeniu dziecka;

c) błędną wykładnię art. 429 k.c., przez przyjęcie, że szkoda wyrządzona z winy osoby zawodowo trudniącej się wykonywaniem czynności w zakresie księgowości i składek na ubezpieczenie obciąża płatnika składek.

Powołując się na tak sformułowane zarzuty kasacyjne, skarżąca wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Apelacyjnemu w Krakowie do ponownego rozpoznania oraz orzeczenie o kosztach procesu z uwzględnieniem kosztów dotychczasowego postępowania wraz z rozstrzygnięciem o kosztach postępowania kasacyjnego.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje;

Powołany przez skarżącą w podstawach zaskarżenia art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej był już przedmiotem wykładni Sądu Najwyższego. W powołanym przez Sąd drugiej instancji wyroku z dnia 18 kwietnia 2012 r., II UK 188/11 (LEX nr 1217208) Sąd Najwyższy przypomniał zaś, że problem (wykładni powołanego przepisu) ujawnił się już na początku obowiązywania ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, gdyż niewielka nawet część składki legitymowała do pozostawania w tym ubezpieczeniu, gdy w istocie chodziło o realne opłacanie składek w pełnej wysokości i w terminie, skoro od tego miało zależeć dobrowolne wszak ubezpieczenie chorobowe określonej tylko grupy ubezpieczonych. Przy istniejących wątpliwościach w dniu 30 grudnia 1999 r. nastąpiła zmiana ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych i przyjęto regulację, zgodnie z którą dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie (art. 14 ust. 2 pkt 2). Sąd Najwyższy wyraził w związku z tym pogląd prawny, w myśl którego określenie „składki należnej” nie jest przypadkowe, gdyż odnoszący się do składki przymiotnik oznacza, że chodzi o należną składkę, czyli pełną składkę, a więc nie wystarcza jej część. Należna składka to ta, która powinna być zapłacona, tak jak wartość należna czy należna opłata od pisma (art. 126² § 1 k.p.c.). Jeżeli składka nie była należna, a więc mniejsza niż należna, to dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustawało z mocy ustawy. Z kolei w wyroku z dnia 6 sierpnia 2015 r., III UK 233/14 (LEX nr 1784526) Sąd Najwyższy wyjaśnił, że w użytym w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej pojęciu „nieopłacenia w terminie składki należnej na ubezpieczenie” mieszczą się trzy sytuacje: niepłacenie w ogóle w terminie składki za dany miesiąc, opłacenie składki w terminie, ale w niepełnej wysokości oraz opłacenie składki w pełniej wysokości, lecz po terminie. Ustawodawca uznał zatem, że osoba składająca wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym i oczekująca świadczeń od organu rentowego, zobowiązana jest do opłacania składki na to ubezpieczenie w terminie i we właściwej wysokości. Zaistnienie którejs z wskazanych wyżej sytuacji powoduje - z mocy art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej - ustanie tegoż ubezpieczenia.

Ubezpieczenie to wygasa nawet w sytuacji, gdy osoba zobowiązana nie ponosi winy za nieopłacenie składki. Wyrażenie przez organ rentowy zgody na opłacenie składki po terminie sprawia natomiast, że pomimo iż składka nie została uiszczona w terminie, dobrowolne ubezpieczenie nie ustaje. To stanowisko Sądu Najwyższego zostało następnie w pełni zaaprobowane w wyrokach z dnia 19 stycznia 2016 r., I UK 35/15 (OSNP 2017 nr 8, poz. 99) oraz z dnia 13 kwietnia 2017 r., I UK 144/16 (LEX nr 2312491). Jest ono także akceptowane w orzecznictwie sądów powszechnych, czego przykładami są między innymi przywołane przez Sąd drugiej instancji wyroki: Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 23 kwietnia 2013 r., III AUa 1067/12 (LEX nr 1313228), Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 8 lutego 2018 r., III AUa 647/17 (LEX nr 2481730, Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 1 grudnia 2016 r., III AUa 329/16 (LEX nr 2193049, Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 10 listopada 2015 r., III AUA 1854/14 (LEX nr 1936806).

Odmienny pogląd prawny zaprezentował natomiast Sąd Najwyższy w wyrokach: z dnia 8 grudnia 2015 r., II UK 443/14 (LEX nr 1962525) i z dnia 23 stycznia 2020 r., I UK 342/18 (LEX nr 3220745), przyjmując, że opłacenie w terminie tylko części należnej składki, traktowane jako podstawa ustania ubezpieczenia dobrowolnego *ex lege*, jest co najmniej wątpliwe. Zajmowane jest (bowiem) stanowisko, że opłacenie składki w niepełnej wysokości w ogóle nie wyczerpuje przesłanki ustania ubezpieczenia jako „nieopłacenie” składki, lecz może być ewentualnie podstawą do stosowania przez organ rentowy sankcji określonych w art. 24 ustawy, np. wymierzenia dodatkowej opłaty (por. J. Stelina, Dobrowolne ubezpieczenie emerytalne, (w:) T. Binczycka- Majewska (red.), Konstrukcje prawa emerytalnego, Kraków 2004, s. 311) lub pociągać konieczność zapłacenia odsetek (por. W. Sobczak, Dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, PUSiG 2000, nr 2, s. 11-12). Tak też wypowiedział się Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00 (OSNP 2003 nr 10, poz. 257). Istnieją także racje systemowe uzasadniające interpretację skutku określonego w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z uwzględnieniem woli ubezpieczonego jako przesłanki ustania ubezpieczenia w zgodzie z celem jego czynności. Tylko zaniechanie zapłaty składki w terminie wyraża wolę zaprzestania podleganiu ubezpieczeniu, opłacenie zaś składki wiąże

się zawsze z wolą jego kontynuowania, dlatego opłaceniu składki w niższej od należnej wysokości nie należy nadawać znaczenia powodującego ustanie ubezpieczenia, wbrew woli ubezpieczonego. Jeżeli taka jest wola ubezpieczonego, to nie może jej być przeciwstawiona decyzja organu ubezpieczeń społecznych o odmowie przyjęcia uzupełnienia składki w późniejszym terminie. Deklaratoryjna decyzja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w przedmiocie zgody na późniejsze opłacenie składki, której skutek polega na zniwelowaniu faktu ustania ubezpieczenia, w tym wypadku potwierdza jedynie uprawnienia danej osoby (por. K. Antonów, *Dobrowolne i kontynuowane ubezpieczenia społeczne*, PUSiG 2001 nr 11, s. 3; T. Bińczycka, *Dobrowolne ubezpieczenie społeczne w polskim systemie prawnym*, PUSiG 1997 nr 5, s. 25). Pogląd ten zyskał pełną aprobatę między innymi w wyrokach Sądu Apelacyjnego w Gdańsku: z dnia 10 czerwca 2016 r., III AUa 196/16 (LEX nr 2106944) i Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 4 grudnia 2018 r., III AUa 640/18 (LEX nr 2617821).

Zdaniem Sądu Najwyższego w obecnym składzie, lektura przywołanych wyżej wyroków musi prowadzić do wniosku, że w jego orzecznictwie (a także w orzecznictwie sądów powszechnych) ujawniła się istotna rozbieżność dotycząca wykładni użytego w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej zwrotu „składki należnej na to ubezpieczenie”. Pierwsza z przedstawionych linii orzeczniczych zasadniczo opiera się przy tym na gramatycznej wykładni budzącego wątpliwości zwrotu, co można uznać za stanowisko uzasadnione choćby z tej przyczyny, że faktycznie posłużenie się przez ustawodawcę określeniem „składka należna”, zgodnie z językowym znaczeniem tego pojęcia powinno być traktowane jako składka, która się należy, a zatem składka ustalona we właściwej, wynikającej z ustawy wysokości. Należność bowiem to kwota, suma, którą należy komuś wypłacić, a należny to przysługujący komuś, należący się komuś lub czemuś (por. *Słownik języka polskiego*, PWN Warszawa 1988, Tom II). Omawiana obecnie linia orzecznicza bazuje również na wykładni celowościowej, podkreślając przyczynę zmiany pierwotnego brzmienia art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, budzącego właśnie uzasadnione wątpliwości w sytuacjach, w których składka została opłacona w terminie, ale w nieprawidłowej wysokości. Jest to widoczne zwłaszcza w pierwszym z powołanych wyżej wyroków, w którym słusznie podnosi się, że „na początku

obowiązywania ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (...) niewielka nawet część składki legitymowała do pozostawania w tym ubezpieczeniu”. Należy zaś przypomnieć, że przed zmianą powołany przepis stanowił, że dobrowolne ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe ustają z powodu nieopłacenia składek należnych za jeden pełny miesiąc; a w uzasadnionych przypadkach, na wniosek zainteresowanego, Zakład Ubezpieczeń Społecznych może przywrócić termin do opłacenia składki. Dokonując jego wykładni, Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00 (przywołanym zresztą w wyrokach z dnia 8 grudnia 2015 r., II UK 443/14 i z dnia 23 stycznia 2020 r., I UK 342/18 dla potwierdzenia wyrażonego w nich poglądu) wyjaśnił z kolei, że opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenia społeczne w niepełnej wysokości (...) nie jest równoznaczne z ich nieopłaceniem za jeden pełny miesiąc, skoro opłacenie składki w zaniżonej wysokości nie kwalifikuje się jako jej nieopłacenie za jeden pełny miesiąc oraz dodał, że opłacanie składek na ubezpieczenia społeczne w zaniżonej wysokości nie powoduje ustania stosunków ubezpieczenia społecznego, ale jest zagrożone możliwością zastosowania przez organ ubezpieczeń społecznych dodatkowej opłaty sankcyjnej w wysokości 100% nie opłaconych składek, a ponadto wszelkie nieopłacone w terminie należności z tytułu składek wraz z odsetkami za zwłokę, kosztami egzekucyjnymi, dodatkową opłatą i opłatą prolongacyjną podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji lub egzekucji sądowej. Wymaga też podkreślenia, że w ramach tej linii orzecznictwa akcentuje się znaczenie końcowej części omawianego przepisu, która stanowi, że „w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie”, podnosząc, że wyrażenie przez organ rentowy zgody na opłacenie składki po terminie sprawia, że dobrowolne ubezpieczenie nie ustaje oraz nawiązując do uchwały z dnia stycznia 2007 r., I UZP 6/06 (OSNP 2007 nr 13-14, poz. 197), w której przyjęto, 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. Omawiana obecnie linia orzecznicza zdaje się więc sugerować,

że przewidziana w końcowej części art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej instytucja wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie (w tym opłacenie po terminie brakującej części składki), której prawidłowość zastosowania przez organ rentowy podlega kontroli sądowej, potwierdza (systemowo) wynik językowej wykładni zwrotu „składki należnej”.

Druga z opisanych linii orzeczniczych nawiązuje z kolei do sfery psychicznej ubezpieczonego, który opłacając składkę na ubezpieczenie chorobowe wprowadzie w terminie, ale w niewłaściwej (zaniżonej) wysokości wyraża w ten sposób wolę dalszego podlegania temu ubezpieczeniu. Zdaniem Sądu Najwyższego w obecnym składzie, za takim sposobem rozumienia art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej może zaś przemawiać i to, że podleganie ubezpieczeniu chorobowemu przez osoby wymienione w art. 11 ust. 2 tej ustawy (w tym osoby prowadzące pozarolniczą działalność) ma wyłącznie dobrowolny charakter, a zatem również uzależnione jest od woli samego ubezpieczonego. Dlatego, jeśli zgłosił się on do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, co wymaga przecież złożenia stosownego wniosku (por. m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 marca 2012 r., I UK 339/11, OSNP 2013 nr 5-6, poz. 68), to terminowe opłacanie przez niego składek choćby w niższej niż należna wysokości w dalszym ciągu będzie potwierdzać wolę podlegania temu ubezpieczeniu. Taki sposób interpretacji pozostaje zaś, jak się zdaje, w zgodzie z systemowymi oraz funkcjonalnymi regułami wykładni.

Uwzględniając powyższe rozważania, Sąd Najwyższy stwierdza, że ujawniona i opisana wcześniej rozbieżność w jego dotychczasowym orzecznictwie sprawia, że w sprawie występuje istotne zagadnienie prawne, którego rozstrzygnięcie wymaga udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy dobrowolne ubezpieczenie chorobowe osoby prowadzącej pozarolniczą działalność ustaje na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej również w przypadku opłacenia przez tę osobę składki w terminie, ale w wysokości niższej niż należna? Przy czym, związku z wyłonieniem się tego zagadnienia przy rozpoznawaniu skargi kasacyjnej konieczne jest przedstawienie go do rozstrzygnięcia powiększonemu składowi. Od odpowiedzi na to pytanie w okolicznościach faktycznych sprawy zależy bowiem ocena, czy skarżąca, opłacając w terminie zaniżoną składkę na ubezpieczenie

chorobowe, nadal podlegała temu ubezpieczeniu, czy też przeciwnie, jej ubezpieczenie ustało wskutek opłacenia zaniżonej składki, co z kolei rodziłoby konieczność przeanalizowania, na ile okoliczność ta stanowiła uzasadniony przypadek potwierdzający potrzebę wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie.

Kierując się przedstawionymi motywami oraz opierając się na podstawie art. 398¹⁷ § 1 k.p.c., Sąd Najwyższy orzekł jak w sentencji postanowienia.

[as]