



Sygn. akt I USKP 50/21

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 listopada 2022 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Halina Kiriło (przewodniczący)

SSN Bohdan Bieniek

SSN Maciej Pacuda (sprawozdawca)

w sprawie z odwołania A. C.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w Nowym Sączu

o podleganie ubezpieczeniu chorobowemu,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń
Społecznych w dniu 9 listopada 2022 r.,

skargi kasacyjnej ubezpieczonej od wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie
z dnia 16 maja 2019 r., sygn. akt III AUa 104/17,

1) oddala skargę kasacyjną,

**2) zasądza od ubezpieczonej na rzecz organu rentowego
kwotę 240 (dwieście czterdzieści) złotych tytułem kosztów
zastępstwa procesowego w postępowaniu kasacyjnym.**

UZASADNIENIE

Sąd Okręgowy – Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Nowym Sączu
wyrokiem z dnia 20 października 2016 r. oddalił odwołanie wniesione przez A. C.
od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w Nowym Sączu z dnia 28

kwietnia 2016 r. stwierdzającej, że odwołująca się 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 odwołująca się od dnia 14 września 2015 r. prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą, przy czym w okresie od dnia 14 września 2015 r. do dnia 30 listopada 2015 r. bezspornie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Deklaracja dotycząca tego ubezpieczenia za grudzień 2015 r. została przez nią złożona oraz opłacona w terminie, jednak wpłacona kwota składki była zaniżona, nie uwzględniała bowiem składek od dnia 10 grudnia 2015 r. Sytuacja ta była następstwem błędu w konfiguracji programu popełnionego przez J. C.. Błąd polegał zaś na tym, że nie upłynął jeszcze okres 90 dni ubezpieczenia odwołującej się i dlatego nie było podstaw do przyjęcia, że okres choroby może być odliczony. Mąż odwołującej się nie sprawdził tego, podobnie jak wydruku składek za grudzień. Niezwłocznie po zauważeniu błędu, a dokładniej po przedłożeniu kolejnego zaświadczenia lekarskiego w ZUS, to jest w dniu 1 lutego 2016 r. odwołująca się złożyła korektę deklaracji i zapłaciła brakującą kwotę. Pismem z dnia 9 lutego 2016 r. ZUS odmówił jednak wyrażenia zgody na opłacenie przez odwołującą się po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za grudzień 2015 r. Wcześniej decyzją z dnia 3 lutego 2016 r., organ rentowy odmówił natomiast przyznania odwołującej się prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 10 grudnia 2015 r. do dnia 17 lutego 2016 r., wyjaśniając, że odwołująca się nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 1 grudnia 2015 r., a niezdolność do pracy powstała w dniu 10 grudnia 2015 r. Tytuł ubezpieczenia chorobowego ustał w dniu 30 listopada 2015 r., a w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego odwołująca się nie nabyła prawa do zasiłku chorobowego, ponieważ nie legitymowała się 90-dniowym nieprzerwanym okresem ubezpieczenia chorobowego.

Sąd pierwszej instancji ustalił ponadto, że odwołująca się w 2016 r. nadal deklarowała oraz opłacała składki na ubezpieczenie chorobowe. W okresie od stycznia do marca 2016 r. deklarowane składki były przy tym obliczane od

podstawy wymiaru wynoszącej 2.433 zł, a w okresie od kwietnia do czerwca 2016 r. – 3.210,60 zł.

Powołując się na tak ustalony stan faktyczny sprawy, Sąd Okręgowy przypomniał, że zgodnie z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (dalej jako ustawa systemowa) dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają na swój wniosek osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8 i 10 tej ustawy, to jest między innymi osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą. 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, z którego wynika, 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. Według art. 14 ust. 2 pkt 2 powołanej ustawy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 1, ustają od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie - w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących, duchownych oraz osób wymienionych w art. 7 i 10; w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, z zastrzeżeniem ust. 2a.

Zdaniem Sądu pierwszej instancji, w sprawie nie ulegało wątpliwości, że odwołująca się 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 Okręgowy podzielił występujący w orzecznictwie pogląd, zgodnie z którym w pojęciu zawartym w art. 14 ust. 1 ustawy systemowej „nieopłacenia w terminie składki należnej na ubezpieczenie” mieszczą się trzy sytuacje: nieopłacenie 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 bowiem, 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 zatem z mocy prawa, gdy niedotrzymany został termin zapłaty składki w prawidłowej wysokości.

Sąd pierwszej instancji zwrócił także uwagę, że organ rentowy postanowieniem z dnia 9 lutego 2016 r., w wyniku wniosku złożonego przez odwołującą się, nie wyraził zgody na opłacenie przez nią składki po terminie, wobec czego dobrowolne ubezpieczenie chorobowe odwołującej się ustało w dniu 1 grudnia 2015 r. Stanowisko organu rentowego w tym zakresie było słuszne, ponieważ żadne okoliczności uzasadniające udzielenie zgody nie nastąpiły. Wymagało podkreślenia, że mąż odwołującej się - zajmujący się księgowością jej firmy - jest fachowcem, z zawodu księgowym, dlatego też popełnienie przez niego błędu w postaci błędnej konfiguracji programu nie usprawiedliwiało udzielenia takiej zgody. Błąd księgowego obciążał ubezpieczoną.

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

W ocenie Sądu Apelacyjnego, rozstrzygnięcie Sądu pierwszej instancji było prawidłowe. Sąd drugiej instancji dostrzegł wprawdzie, że Sąd Okręgowy w swoich ustaleniach pominął istotny fakt, że odwołująca się wystąpiła o zasiłek chorobowy z powodu niezdolności do pracy spowodowanej schorzeniami związanymi z ciążą. Ustalił bowiem jedynie, że odwołująca się od dnia 10 grudnia 2015 r. była niezdolna do pracy. Sąd Apelacyjny - jako sąd merytoryczny - uzupełnił zatem obraz okoliczności faktycznych o tak określoną przyczynę niezdolności odwołującej się do pracy. Dodał, że obraz ten należy uzupełnić również o niesporną okoliczność, wynikającą z deklaracji rozliczeniowych oraz z zeznań J. C., że odwołująca się, podejmując niedługo przed powstaniem niezdolności do pracy, to jest od dnia 14 września 2015 r., działalność gospodarczą w postaci sklepu internetowego z kosmetykami, 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, to jest październik i listopad 2015 r. - kwoty po 9.897,50 zł.

Zasadniczy spór w sprawie dotyczył jednak wykładni art. 14 ust. 2 ustawy systemowej, a w szczególności, czy w okolicznościach sprawy ustało dobrowolne ubezpieczenie chorobowe od dnia 1 grudnia 2015 r. Za punkt wyjścia do dalszych rozważań Sąd drugiej instancji uznał przy 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 tej 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 (ust. 2).

Uwzględniając te regulacje, Sąd drugiej instancji stwierdził, że dla rozstrzygnięcia sprawy zasadnicze znaczenie 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 jednak 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 w okolicznościach faktycznych niniejszej sprawy) 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.

Sąd drugiej instancji zwrócił równocześnie uwagę, że odwołująca się powoływała się przede wszystkim na wykładnię art. 14 ust. 2 ustawy systemowej przedstawioną w uzasadnieniu wyroku Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 2015 r., II UK 443/14 (LEX 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 postawił zaś tezę, iż tylko zaniechanie zapłaty całej składki w terminie wyraża wolę zaprzestania podlegania ubezpieczeniu, a 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 wyroku Sądu Najwyższego z dnia 18 kwietnia 2012 r. oraz w powołanych przez siebie wyrokach sądów apelacyjnych. Nie podzielił zatem stanowiska, iż opłacenie składki niższej niż należna, jako wyraz woli kontynuowania ubezpieczenia, nie powoduje ustania tego ubezpieczenia. Zauważył bowiem, że art. 14 ust. 2 ustawy systemowej zawiera trzy odrębne podstawy ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego,

przy czym tylko przyczynę wskazaną 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 nie, dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, 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 nie ubezpieczenia. Podobnie przyczyna określona w art. 14 ust. 2 pkt 3, 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 przedstawionej w apelacji i przyjmując, że opłacenie zaniżonej składki jest wyrazem woli dalszego podlegania ubezpieczeniu, a to już wystarcza, aby ubezpieczenie to 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. Wniosek taki nie tylko nie znajduje natomiast 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.

Przyjęcie przez Sąd Apelacyjny, że ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w okolicznościach wskazanych 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, prowadzi 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 on 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 wziąć pod uwagę przyczyny opłacenia zaniżonej składki, w tym ewentualny stopień zawinienia ubezpieczonego oraz wziąć pod uwagę jego intencje i wolę kontynuowania ubezpieczenia.

Sąd drugiej instancji zauważył w związku z tym, że z brakiem wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie wiązał się kolejny zarzut apelacji. Jak wynikało zaś z ustaleń Sądu Okręgowego, organ rentowy pismem z dnia 9 lutego 2016 r. nie wyraził zgody na opłacenie należnej składki po terminie, uznając, iż nie występowały w sprawie uzasadnione okoliczności, przemawiające za uwzględnieniem takiego wniosku.

Oceniając wniosek odwołującej się, Sąd Apelacyjny stwierdził z kolei, że korzystała z pomocy profesjonalnego księgowego (męża), który jak wynika z jego relacji popełnił błąd, nie dochowując należytej staranności (nie sprawdził, że program którym posługiwał się, nie był odpowiednio skonfigurowany). W orzecznictwie przyjmuje się zaś, 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. Sąd Apelacyjny podzielił to stanowisko, bowiem gdyby przyjąć, że każda sytuacja, w której nieopłacenie składki jest wynikiem błędu profesjonalnego podmiotu, któremu płatnik powierzył obsługę księgową, będzie uzasadniała wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie, to wyrażenie takiej zgody stałoby się regułą, a art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy przestałby również spełniać swoją funkcję dyscyplinującą płatników. Odnosząc się natomiast do oceny dotychczasowego przebiegu ubezpieczenia, należało zauważyć, iż odwołująca się już na samym początku okresu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu nie opłaciła 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 odwołującej się nie można było powołać - jako przemawiającego za uwzględnieniem wniosku - argumentu, że była dotąd długoletnim, rzetelnym płatnikiem składek. Nie bez znaczenia była też bardzo wysoka podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe w kwocie 9897,50 zł zadeklarowana przez odwołującą się z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, która zaraz po upływie 90 dni podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu zamierzała skorzystać z prawa do zasiłku (art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa). Zadeklarowanie tak wysokiej podstawy wymiaru składek w sytuacji, gdy odwołująca się mogła spodziewać się, że ze względu na ciążę będzie korzystała z odpowiednio wysokich świadczeń z ubezpieczenia chorobowego (np. zasiłku macierzyńskiego), świadczyło o dobrym rozeznaniu w sposobach i możliwościach uzyskania jak najwyższych świadczeń z tego ubezpieczenia. Na pewną sprawność odwołującej się w dostosowaniu się do sytuacji w zakresie deklarowania określonej podstawy wymiaru składki, wskazywało również zadeklarowanie znacznie niższej podstawy za okres od stycznia 2016 r. w sytuacji, gdy odmówiono jej prawa do zasiłku chorobowego.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, również sekwencja działań podjętych przez odwołującą się wskazywała na często występującą, dopuszczalną, ale instrumentalizację - wykorzystanie systemu ubezpieczenia przez złamanie powiązania składki z wysokością świadczenia w sytuacji, gdy spełnienie się ryzyka ubezpieczeniowego było pewne (z uwagi na ciążę). 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.

Odwołująca się 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 naruszenie prawa materialnego, które miało istotny wpływ na wynik sprawy, 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 nie opłaceniem 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 odwołująca się 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) art. 429 k.c., przez błędną wykładnię i 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: 1) uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Apelacyjnemu w Krakowie do ponownego rozpoznania oraz orzeczenia o kosztach procesu z uwzględnieniem kosztów dotychczasowego postępowania wraz z rozstrzygnięciem o kosztach postępowania kasacyjnego; 3) zasądzenie od organu rentowego na rzecz skarżącej kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego według norm przepisanych.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Rozpoznawana w niniejszym postępowaniu skarga kasacyjna nie jest uzasadniona. Jej rozstrzygnięcie wymaga odniesienia się zasadniczo do dwóch problemów powstałych na tle wykładni art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej w jego brzmieniu adekwatnym do stanu faktycznego sprawy, w której została wniesiona owa skarga (art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej został bowiem uchylony z dniem 1 stycznia 2022 r. przez art. 1 pkt 4 lit. c tiret drugie ustawy z dnia 24 czerwca 2021 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw - Dz.U. z 2021 r., poz. 1621). Pierwszy z tych problemów dotyczy skutków opłacenia przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe wprawdzie w terminie, ale w zaniżonej wysokości (niższej niż należna). Drugi natomiast ewentualnego zakwalifikowania takiego zdarzenia jako „uzasadnionego przypadku”, który umożliwia wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie.

Co do pierwszej z wymienionych kwestii Sąd Najwyższy zauważa, że w jego dotychczasowym orzecznictwie, co dostrzegł zresztą nie tylko Sąd drugiej instancji, ale i skarżąca, powstała rozbieżność. W powołanym przez Sąd drugiej instancji wyroku z dnia 18 kwietnia 2012 r., II UK 188/11 (LEX nr 1217208) Sąd Najwyższy wyraził bowiem 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 pełnej 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 którejś ze 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). Przyjęto je również w licznych orzeczeniach sądów powszechnych. 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). Także ten pogląd zyskał pełną aprobatę w orzecznictwie sądów powszechnych.

Uwzględniając przedstawioną wyżej rozbieżność orzecniczą, Sąd Najwyższy w składzie rozpoznającym niniejszą skargę kasacyjną uznał zatem, że w sprawie występuje istotne zagadnienie prawne wymagające rozstrzygnięcia przez skład powiększony. Przedstawił w związku z tym zagadnienie, które zawarł w pytaniu: 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?

Rozstrzygając to zagadnienie, Sąd Najwyższy w uchwale siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2022 r., III UZP 10/21, (LEX nr 3304179) przesądził, że dobrowolne ubezpieczenie chorobowe osoby prowadzącej pozarolniczą działalność ustaje w przypadku opłacenia składki w terminie, ale w

wysokości niższej niż należna (art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, w brzmieniu obowiązującym przed dniem 1 stycznia 2022 r.).

Uzasadniając ten pogląd prawny, Sąd Najwyższy w powiększonym składzie zgodził się ze stanowiskiem, że 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. „Składkę należną” na każde z ubezpieczeń definiuje art. 18 i art. 20 ustawy systemowej (określające podstawy wymiaru składek na każde z ubezpieczeń w stosunku do wymienionych ubezpieczonych) w związku z art. 22 tej ustawy (określający stopy procentowe składek na każde z ubezpieczeń). W konkluzji, argument, że opłacenie składki w niepełnej (nie „należnej”) wysokości powoduje ustanie ubezpieczenia, znajduje oparcie w wykładni językowej komentowanego przepisu. Przyjęcie innej wykładni, a mianowicie, że składka „należna”, to taka, która „się należy”, a zatem że określenie to nie nawiązuje do wysokości składki, ale do konieczności jej opłacenia, prowadziłoby natomiast do wniosku, że zwrot ten („należna”) jest zbędny. Wszak w przepisie tym nie może być mowy o składce innej niż „należna”, czyli takiej, którą należy zapłacić. Zważywszy zaś na zmianę przepisu z dniem 30 grudnia 1999 r., wprowadzającą powyższy zwrot, należy przyjąć, że w założeniu miał on donieść prawnie znaczenie - wobec linii orzeczniczej Sądu (na bazie poprzedniego brzmienia przepisu), uznającej, że opłacenie części składki nie powoduje skutku w postaci ustania ubezpieczenia.

Sąd Najwyższy stwierdził ponadto, że z wykładni językowej art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej wynika również, że określony w tym przepisie skutek - ustanie ubezpieczenia dobrowolnego wskazanej w tym przepisie grupy ubezpieczonych - nie został powiązany z wolą ubezpieczonego co do dalszego trwania ubezpieczenia. Ubezpieczenie ustaje *ex lege* - na skutek określonego zdarzenia, a nie z woli ubezpieczonego. Powołanie się na wolę ubezpieczonego kontynuowania ubezpieczenia jako przeszkodę dla zastosowania skutku z art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej w przypadku zapłaty w terminie części należnej składki, którą to przesłankę wyprowadza się z okoliczności, że w art. 14 ust. 2 mowa o ustaniu ubezpieczenia dobrowolnego, trudno pogodzić z wnioskami płynącymi z porównania treści poszczególnych jednostek redakcyjnych art. 14

ust. 2. W przepisie tym wyodrębniono trzy okoliczności ustania ubezpieczenia dobrowolnego, przy czym tylko wystąpienie pierwszej z nich warunkowane jest zawsze wolą ubezpieczonego - tj. ustanie ubezpieczenia na wniosek ubezpieczonego (art. 14 ust. 2 pkt 1). W przypadku art. 14 ust. 2 pkt 2 i 3 przepisy te odwołują się do okoliczności obiektywnych - nieopłacenia w terminie należnej składki, ustania tytułu podlegania ubezpieczeniu, nie odwołują się natomiast do przyczyn wystąpienia tych okoliczności, intencji czy woli ubezpieczonego odnośnie do kontynuowania ubezpieczenia. W orzecznictwie Sądu Najwyższego nie ma (zaś) wątpliwości, że nieopłacenie w terminie należnej składki w całości powoduje ustanie ubezpieczenia. Przyjęcie prymatu uzewnętrznionej woli ubezpieczonego jako przesłanki kontynuowania ubezpieczenia podważałoby to stanowisko. Wszak uzewnętrznieniem woli kontynuacji ubezpieczenia jest także złożenie wniosku o wyrażenie zgody na opłacenie po terminie całej, nieuiszczonej składki. Koncepcji prymatu uzewnętrznionej woli ubezpieczonego w ocenie ustania ubezpieczenia przeczy art. 14 ust. 2 pkt 2 *in fine* ustawy systemowej, który przewiduje możliwość wyrażenia przez Zakład zgody na opłacenie (należnej) składki po terminie, w uzasadnionych przypadkach, na wniosek ubezpieczonego. Pokazuje to, że wola ubezpieczonego (kontynuacji ubezpieczenia) nie ma decydującego znaczenia dla zablokowania skutku w postaci ustania ubezpieczenia. Uwidacznia się także brak konsekwencji co do traktowania woli ubezpieczonego kontynuowania ubezpieczenia jako przeszkody dla ustania tego ubezpieczenia *ex lege*. W przypadku ubezpieczonego, który nie opłacił w terminie należnej składki w całości, pomimo że wyraził wolę kontynuacji ubezpieczenia dobrowolnego przez złożenie wniosku o zgodę na zapłatę składki po terminie, nie ma gwarancji, że wola ta będzie rozstrzygająca dla kontynuacji ubezpieczenia. Zakład może odmówić wyrażenia zgody na zapłatę należnej składki po terminie, pomimo woli ubezpieczonego kontynuowania tego ubezpieczenia (por. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 kwietnia 2017 r., I UK 144/16, LEX nr 2312491). Tak więc nieopłacenie w terminie należnej składki w całości może skutkować ustaniem ubezpieczenia i to nawet pomimo woli ubezpieczonego kontynuacji tego ubezpieczenia. Ryzyko ustania ubezpieczenia, mimo wniosku ubezpieczonego o zgodę na opłacenie składek po terminie, który uzewnętrznia jego wolę

kontynuowania tego ubezpieczenia, wynika z uznaniowego charakteru rozstrzygnięcia Zakładu. Z kolei opłacenie w terminie jedynie części należnej składki (nawet gdy nieopłacona część będzie znaczna w stosunku do kwoty należnej składki) nie będzie skutkowało ustaniem ubezpieczenia.

Kryterium różnicujące sytuację ubezpieczonych dobrowolnie w postaci opłacenia co najmniej części należnej składki w terminie (bez określenia jakiej części) nie jest uzasadnione. Tym bardziej jest to widoczne w przypadkach, gdy wysokość zapłaconej w terminie części składki jest symboliczna w stosunku do kwoty należnej składki. Co istotne, jak wskazano wyżej, zróżnicowanie to podważa założenie o potrzebie uwzględnienia woli ubezpieczonego co do kontynuacji ubezpieczenia (przy interpretacji art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej), skoro zostaje ona uwzględniona wybiórczo - tj. wyłącznie w odniesieniu do części ubezpieczonych nienależycie wykonujących obowiązek zapłaty składek i wyrażających wolę kontynuacji tego ubezpieczenia (tylko takich, którzy opłacają składkę w części).

Sąd Najwyższy w uzasadnieniu omawianej uchwały III UZP 10/21 wyjaśnił też, że wykładnia obowiązującego do dnia 31 grudnia 2021 r. brzmienia art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, wiążąca nieopłacenie składki w pełnej (należnej) wysokości z ustaniem dobrowolnego ubezpieczenia *ex lege*, miała silne umocowanie w całej filozofii ustawy systemowej, w której (do tej daty) przymus opłacania składek szedł w parze z przymusem (obowiązkiem) ubezpieczenia, natomiast nie było obowiązku opłacania składek na dobrowolne ubezpieczenia. Fakultatywne ubezpieczenie uzależnione było od opłacania składki i w związku z tym nie istniał mechanizm umożliwiający jej przymusowe ściągnięcie. W konsekwencji, przyjęcie koncepcji, że przy opłaceniu składki w niepełnej wysokości, ubezpieczenie nadal trwa, oznaczałoby konieczność wypłaty świadczeń z tego ubezpieczenia - bez możliwości „odzyskania” nieopłaconej części składki w drodze przymusu, bowiem ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa uzależniała prawo do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego od pozostawania w tym ubezpieczeniu.

W aktualnym brzmieniu art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, które pozostaje jednak bez wpływu na rozstrzygnięcie przedmiotowej sprawy, ustanie dobrowolnego ubezpieczenia powiązano z wyrejestrowaniem z tego ubezpieczenia i jednocześnie wprowadzono obowiązek opłacania składki na dobrowolne ubezpieczenie w okresie od dnia objęcia nim (na skutek zgłoszenia) do dnia wyrejestrowania (art. 14 ust. 2 pkt 2a ustawy systemowej). Właśnie ten przepis (art. 14 ust. 2 pkt 2a) przekształcił prawo (do opłacania składek) w obowiązek i związał go z zadeklarowaniem woli podlegania dobrowolnym ubezpieczeniom społecznym.

Sformułowane powyżej argumenty przemawiają za zastosowaniem skutku określonego w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej również w sytuacji opłacenia w terminie części składki należnej na dane ubezpieczenie dobrowolne. Wykładnia tego przepisu z przyznaniem pierwszeństwa woli ubezpieczonego kontynuowania ubezpieczenia dobrowolnego (uzewnętrznionej przez zapłatę części należnej składki w terminie) jest nie do pogodzenia z potrzebą ochrony środków funduszu ubezpieczeniowego, a także prowadzi do nieuzasadnionego zróżnicowania sytuacji ubezpieczonych (art. 2a ustawy systemowej) chcących kontynuować ubezpieczenie dobrowolne, pomimo nienależytego wykonania obowiązku opłacenia składek należnych na to ubezpieczenie.

Głównym celem art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej jest (było) zapewnienie terminowego opłacania należnych składek na ubezpieczenie dobrowolne i ograniczenie ryzyka wypłaty świadczeń funduszu ubezpieczeniowego pomimo nienależytego wykonania obowiązku zapłaty całości kwot należnych z tytułu składek na to ubezpieczenie. Cel ten przeważa nad wolą ubezpieczonego kontynuowania dobrowolnego ubezpieczenia. Wpisuje się on w charakter publicznoprawny ubezpieczeń społecznych, w których przeważa ochrona interesu publicznego ponad realizację indywidualnych praw socjalnych obywateli.

Uwzględniając przedstawioną wyżej argumentację, Sąd Najwyższy w obecnym składzie zauważa równocześnie, że z mocy art. 398¹⁷ § 2 k.p.c. uchwała powiększonego składu jest w danej sprawie wiążąca. Oznacza to, że niezależnie od pełnej aprobaty dla poglądu prawnego wyrażonego w uchwale III UZP 10/21, Sąd Najwyższy w obecnym składzie jest związany tym poglądem w ramach

rozpoznawania skargi kasacyjnej. Odnosząc go do okoliczności faktycznych ustalonych w sprawie, uznaje więc, że opłacenie przez skarżącą składki na ubezpieczenie chorobowe za grudzień 2015 r. w niepełnej wysokości, wbrew odmiennemu stanowisku skarżącej, co do zasady powodowało ustanie ubezpieczenia chorobowego. Kasacyjny zarzut naruszenia art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, kwestionujący prawidłowość stanowiska Sądu drugiej instancji w tym zakresie, należy zatem ocenić jako bezzasadny.

Zdaniem Sądu Najwyższego, nieuzasadniony jest także zarzut naruszenia art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej w pozostałym zakresie. Odnosząc się do tego zarzutu, Sąd Najwyższy wstępnie przypomina, że zgodnie 14 ust. 2 pkt 2 *in fine* ustawy systemowej w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie. Konstrukcja wyrażenia przez organ rentowy zgody na opłacenie składki po terminie ma złagodzić rygoryzm (automatyzm) ustania z mocy prawa dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego jako skutku nieopłacenia w terminie należnej składki na to ubezpieczenie. Wyrażenie przez organ rentowy zgody na opłacenie składki po terminie sprawia zaś, że chociaż składka nie została uiszczona w terminie, dobrowolne ubezpieczenie nie ustaje. Wykładnia art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej także w odniesieniu do tej kwestii była wielokrotnie 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 zgody na opłacenie składki po terminie. Z kolei 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 niczym nieskrępowanego uznania w uwzględnieniu lub nieuwzględnieniu wniosku o wyrażenie tej zgody. Przyznana organowi rentowemu kompetencja powinna być wykonywana według

sprawdzalnych, sprawiedliwych kryteriów. Zakład, 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 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 organu rentowego 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. Istotnego znaczenia nabiera więc dookreślenie okoliczności, które powinny być uwzględniane 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 jest uzależnione od woli samego ubezpieczonego, a warunkiem trwania tego 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. Ważna jest przyczyna zaniechania uiszczenia należnej składki. Jej waga może bowiem sanować kilkudniowe opóźnienie; z kolei błahy powód nie usprawiedliwia nawet krótkiego (jednodniowego) opóźnienia. Rzecz dotyczy przecież profesjonalnego podmiotu, który prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą. Immanentną cechą tej działalności jest natomiast 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 osoby prowadzącej pozarolniczą działalność nie może być pomijana. Ogólnie jako przyczyny uzasadniające wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie można przy tym wymienić: 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) samego ubezpieczonego bądź biura rachunkowego, z którego usług korzysta, a za którego działania i zaniechania biura rachunkowego odpowiada jak za własne działania i zaniechania (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 stycznia 2016 r., I UK 35/15, LEX nr 2004234). Z przyczyn wcześniej przytoczonych analogicznie należy oceniać przyczyny opłacenia składki co prawda w terminie, ale w kwocie niższej niż należna.

Odnosząc te ogólne uwagi do okoliczności faktycznych ustalonych w sprawie przez Sądy *meriti*, Sąd Najwyższy zauważa, że opłacenie przez skarżącą składki za grudzień 2015 r. stanowiło efekt błędnego skonfigurowania programu komputerowego przez męża skarżącej, osoby profesjonalnie zajmującej się obsługą księgową firm. Błąd ten został zaś naprawiony przy opłacie składek za następny miesiąc (w dniu 1 lutego 2016 r. skarżąca złożyła korektę deklaracji i wpłaciła brakującą kwotę). Ma zatem rację Sąd Apelacyjny, uznając, że opisane okoliczności nie mogą być uznane za „uzasadniony przypadek” w rozumieniu art. 14 ust. 2 pkt 2 *in fine* ustawy systemowej. W szczególności nie przekonuje bowiem o tym eksponowany przez skarżącą „jednorazowy” charakter uchybienia,

skoro wydarzyło się ono już w czwartym miesiącu prowadzenia działalności gospodarczej, przez co nie stanowiło odosobnionego incydentu w trakcie wieloletniej czy choćby wielomiesięcznej działalności. Uchybienie to nie było też niezależne od woli skarżącej, a konkretnie profesjonalnego podmiotu, któremu zleciła rozliczanie składek na ubezpieczenia społeczne, w tym ubezpieczenie chorobowe, lecz stanowiło wyłącznie konsekwencję braku staranności, której miernikiem – co już wcześniej zostało podniesione – musi być wszak profesjonalizm zarówno samego ubezpieczonego, jak i podmiotu, któremu zleca on sprawy księgowe. Nie jest w związku z tym istotne, że uchybienie to nie miało charakteru intencjonalnego, którego celem byłoby „oszukanie systemu ubezpieczeń społecznych”. Również naprawienie tego uchybienia dopiero w następnym miesiącu (po zauważeniu błędu) sprawia, że nie może być ono potraktowane jako przypadek uzasadniający zastosowanie omawianej instytucji wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie.

Uwzględniając tę argumentację, Sąd Najwyższy jest zatem zdania, że zaskarżony wyrok nie narusza art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej. Nie narusza też art. 429 k.c., zwłaszcza że regulacja tego przepisu odnosi się do stosunków cywilnych, natomiast w sprawie mamy do czynienia ze stosunkiem regulowanym przepisami prawa ubezpieczeń społecznych, a więc stosunkiem o charakterze publicznoprawnym, do którego przepisy Kodeksu cywilnego nie mają zastosowania. Podmiotem praw i obowiązków wynikających z ubezpieczenia społecznego jest zaś wyłącznie ubezpieczony (oraz płatnik składek – przy czym skarżąca wykonuje obie te role) i to on odpowiada za niewywiązanie się z obowiązków nałożonych na niego ustawą, niezależnie od tego, czy oraz komu zlecił ich faktyczną realizację.

Nie ma również racji skarżąca, sugerując, że przedstawiona wyżej wykładnia art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej nie uwzględnia wynikającej z art. 71 ust. 2 Konstytucji RP szczególnej ochrony matki przed i po urodzeniu dziecka. Zresztą skarżąca formułuje ten zarzut jedynie „hasłowo”, w żaden sposób go nie uzasadniając. Tak skonstruowany zarzut nie poddaje się więc kontroli kasacyjnej. Niezależnie jednak od tego spostrzeżenia Sąd Najwyższy zauważa, że zaskarżona w sprawie decyzja organu rentowego, jak wynika z ustaleń faktycznych poczynionych przez Sądy *meriti*, nie pozbawiła skarżącą ochrony

ubezpieczeniowej w okresie przed i po urodzeniu dziecka, gdyż poczynając od stycznia 2016 r. kontynuowała ona podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, a zatem bez wątpienia mogła skorzystać z prawa do świadczeń z tego tytułu.

Kierując się przedstawionymi motywami oraz opierając się na treści art. 398¹⁴ k.p.c., a w odniesieniu do kosztów postępowania kasacyjnego na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w związku z art. 99 k.p.c. oraz § 10 ust. 4 w związku z § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych, Sąd Najwyższy orzekł jak w sentencji wyroku.

[as]