

Sygn. akt II USK 126/21

POSTANOWIENIE

Dnia 27 kwietnia 2021 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Bohdan Bieniek

w sprawie z wniosku K. K.
przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w T.
o zasiłek macierzyński,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń
Społecznych w dniu 27 kwietnia 2021 r.,
skargi kasacyjnej organu rentowego od wyroku Sądu Okręgowego w T.
z dnia 18 października 2019 r., sygn. akt IV Ua (...),

odmawia przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania.

UZASADNIENIE

Sąd Okręgowy w T., wyrokiem z dnia 18 października 2019 r., oddalił apelację organu rentowego od wyroku Sądu Rejonowego w T. z dnia 11 lipca 2019 r., mocą którego zmieniono decyzję pozwanego i przyznano K.K. prawo do zasiłku macierzyńskiego od 8 stycznia 2019 r. do 6 stycznia 2020 r.

Skargę kasacyjną od wyroku Sądu Okręgowego wniósł pełnomocnik organu rentowego. We wniosku o przyjęcie jej do rozpoznania powołał się na podstawę z art. 398⁹ § 1 pkt 2 k.p.c. W jego ocenie, spór przebiegał w płaszczyźnie ustalenia, czy w dacie urodzenia dziecka odwołująca się podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Orzekające w sprawie sądy przyjęły podleganie temu ubezpieczeniu, mimo równoczesnego stwierdzenia, że składka na ubezpieczenie chorobowe za styczeń 2019 r. została opłacona w terminie jedynie w części. Stąd, w ocenie skarżącego, nie ma podstaw do poszukiwania kontynuacji ochrony ryzyka

chorobowego w płaszczyźnie art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2020 r., poz. 226, dalej ustawa systemowa). Zdaniem organu rentowego, w orzecznictwie Sądu Najwyższego oraz sądów powszechnych nie ma jednolitego stanowiska na tym tle. O ile Sąd Okręgowy powołał się na wyrok Sądu Najwyższego w sprawie I UK 443/14, zgodnie z którym opłacenie składki w niższej – niż wymagana – kwocie nie powoduje ustania ubezpieczenia oraz wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 4 grudnia 2018 r., III AUa 640/18, o tyle w judykaturze prezentowano także odmienne stanowiska (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 18 kwietnia 2012 r., II UK 188/11; z dnia 11 grudnia 2012 r., I UK 488/12; z dnia 6 sierpnia 2015 r., III UK 233/14 oraz wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 26 lipca 2018 r., III AUa 617/17; wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 23 kwietnia 2013 r., III AUa 1067/12), a mianowicie, że ustanie ubezpieczenia ma miejsce w razie opłacenia składki w niewłaściwej wysokości. Dodatkowo w orzecznictwie oceniano wolę ubezpieczonego jako element kontynuacji dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, co powoduje istnienie dwóch linii interpretacyjnych na gruncie art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej. W tych okolicznościach zachodzi konieczność dokonania jednoznacznej wykładni, która usunie sygnalizowane rozbieżności.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna nie może być przyjęta do rozpoznania. Wskazana podstawa z art. 398⁹ § 1 pkt 2 k.p.c. wymaga od skarżącego wykazania, że określony przepis prawa, mimo iż budzi poważne wątpliwości, ze sprecyzowaniem na czym te poważne wątpliwości polegają, nie doczekał się wykładni, bądź niejednolita jego wykładnia wywołuje rozbieżności w orzecznictwie sądów, które to orzecznictwo należy przytoczyć (por. postanowienia Sądu Najwyższego: z dnia 11 stycznia 2002 r., III CKN 570/01, OSNC 2002 nr 12, poz. 151; z dnia 13 grudnia 2007 r., I PK 233/07, OSNP 2009 nr 2-4, poz. 43; z dnia 9 czerwca 2008 r., II UK 37/08, LEX nr 494133). Oczywiście jest, że budzący wątpliwości interpretacyjne przepis musi mieć zastosowanie w sprawie, a jego wykładnia – mieć znaczenie dla jej rozstrzygnięcia.

Prima facie wydaje się, że powyższe warunki skarżący spełnił, bowiem uchwycił oś sporu (podobnie jak orzekające sądy) i zaprezentował szerokie *spectrum* stanowisk prezentowanych w judykaturze. Jednak bliższy osąd problemu nie przekonuje w kierunku rozumowania wnoszącego skargę. Otóż przedmiotem zainteresowania Sądu Najwyższego jest jednak sam przepis, a nie rozstrzygnięcie konkretnego sporu. Stąd też wspomniane wątpliwości interpretacyjne powinny być na tyle poważne, by ich wyjaśnienie nie sprowadzało się do prostej wykładni przepisów. W tym wyraża się publicznoprawny charakter skargi kasacyjnej (zob. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 4 lutego 2000 r., II CZ 178/99, OSNC 2000 nr 7-8, poz. 147).

Idąc dalej, należy zauważyć, że art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej nie jest nowym przepisem w systemie prawa ubezpieczeń społecznych. Tym samym na jego tle wykształciło się określone orzecznictwo. Sam fakt, że ulegało ono zmianie nie oznacza, że obecnie ten przepis budzi wątpliwości, o jakich mowa w powołanej normie. Naturalnie nawet stabilne regulacje prawne mogą sprawiać trudności w wykładni i stosowaniu prawa, co samo w sobie nie oznacza, że skarga podlega każdorazowo rozpoznaniu przez Sąd Najwyższy (tak Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 12 stycznia 2021 r., II USK 11/21, LEX nr 3147265). Nie można tracić z pola widzenia, że zakres rozstrzygnięć wynika z różnych stanów faktycznych. Warto przypomnieć, że przystąpienie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność, jest obwarowane określonym formalizmem, a ochrona wymienionego wyżej ryzyka jest dobrowolna. Podstawowym warunkiem uzyskania ochrony jest terminowe opłacanie składek należnych na to ubezpieczenie (zasada). 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 Białymstoku z 23 kwietnia 2013 r., III AUa 1067/12, LEX nr 1313228).

Z uwagi chociażby na proporcjonalność przyczyny do skutku, a także z uwagi na cel i funkcję 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. W tej płaszczyźnie wypowiadał się już Sąd Najwyższy (uchwała z 8 stycznia 2007 r., I UZP 6/06, OSNP 2007 nr 13-14, poz. 197), przyjmując, 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 przypominał, 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 znaczenia nabiera dookreślenie okoliczności, które powinny być brane pod uwagę przy rozstrzyganiu określonego stanu faktycznego. Niewątpliwie należy brać pod uwagę przebieg samego ubezpieczenia chorobowego i dotychczasowy sposób wywiązywania się płatnika z tego obowiązku. Jednak nie można zapomnieć o przyczynie nieterminowego opłacenia danej składki, bowiem brak racjonalnego usprawiedliwienia wyklucza wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie (por. wyrok Sądu Najwyższego z 6 sierpnia 2015 r., III UK 233/14, LEX nr 1784526). 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 sprowadzała się do oceny wniosku odwołującej się o rozłożenie na raty należności z tytułu składek (zaległych), pisma pozwanego o możliwości zawarcia układu ratalnego, jak też wyjaśnienia, z jakich przyczyn powstała niedopłata składki za styczeń 2019 r., a więc miesiąc, w którym ziściło się ryzyko socjalne (macierzyństwo). Z ustaleń sądów (skrupulatnie przeprowadzonego postępowania) wynika okoliczności powodujące chwilową niedopłatę składki (korespondencja z pozwanym i wyjaśnianie sposobu księgowania wpłat). Tego rodzaju okoliczności ważył Sąd Okręgowy przy rozpoznawaniu apelacji organu rentowego i z powodzeniem dokonał wykładni w ramach funkcji sprawowania wymiaru sprawiedliwości. Otwarty zwrot z art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej („może wyrazić zgodę”) został zinterpretowany zgodnie z powyższymi regułami. *Per saldo*, nie można mówić o podstawie z art. 398⁹ § 1 pkt 2 k.p.c.

Z tych względów Sąd Najwyższy orzekł z mocy art. 398⁹ § 2 k.p.c.