



WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 marca 2026 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Bohdan Bieniek (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Jolanta Frańczak

SSN Piotr Prusinowski

w sprawie z odwołania B.R.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w Nowym Sączu

o podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń

Społecznych w dniu 17 marca 2026 r.,

skargi kasacyjnej ubezpieczonej od wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie

z dnia 16 maja 2024 r., sygn. akt III AUa 1707/22,

**uchyla zaskarżony wyrok w całości i przekazuje sprawę do
ponownego rozpoznania Sądowi Apelacyjnemu w Krakowie,
pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach
postępowania kasacyjnego.**

Jolanta Frańczak Bohdan Bieniek Piotr Prusinowski

UZASADNIENIE

Sąd Okręgowy w Nowym Sączu, wyrokiem z dnia 7 sierpnia 2022 r., zmienił decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Oddział w Nowym Sączu z dnia 21

września 2021r. i stwierdził, że B.R. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu również w okresach: od 2 grudnia 2016 r. do 30 września 2017 r. i od 1 grudnia 2017 r. do 31 sierpnia 2018 r.

W sprawie ustalono, że ubezpieczona prowadziła działalność gospodarczą od 2004 r. i z tego tytułu podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Brak pełnej składki na ubezpieczenie chorobowe za grudzień 2016 r. i styczeń 2017 r. wynikał z weryfikacji przez organ rentowy pobieranych przez odwołującą się świadczeń objętych decyzją z 29 maja 2019 r. i prawomocnego oddalenia jej odwołania co do zasiłku opiekuńczego za okresy od 2 grudnia 2016 r. do 12 grudnia 2016 r.; od 13 grudnia 2016 r. do 23 grudnia 2016 r. i od 24 grudnia 2016 r. do 2 stycznia 2017 r.

W dniu 26 lipca 2021 r. odwołująca się zwróciła się do organu rentowego o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiące grudzień 2016 r. i styczeń 2017 r., co zostało przez pozwanego rozpoznane negatywnie z ogólnikowym wskazaniem, że nie zostały wykazane szczególne okoliczności uzasadniające pozytywne załatwienie wniosku złożonego przez odwołującą się w tym przedmiocie.

W ocenie Sądu Okręgowego, stanowisko organu rentowego nie zasługiwało na uwzględnienie. Biorąc pod uwagę okoliczności związane z prowadzonymi przez organ rentowy postępowaniami i brakiem świadomości odwołującej się, co do zaistniałej sytuacji - złożenia do ZUS korekty dokumentów, stosownie do pouczenia organu rentowego - brak było podstaw do odmowy „przywrócenia jej terminu” do opłacenia składki.

W ocenie Sądu pierwszej instancji, w przypadku odwołującej się, świadczenie było jej wypłacane i do czasu kontroli nie było kwestionowane. Dlatego trudno było od odwołującej się oczekiwać, aby miała ona świadomość konieczności dokonania opłaty składki za czas objęty zaskarżoną decyzją, a jak wynika z akt sprawy, jej odwołanie było częściowo zasadne. W związku z tym odwołująca się zachowała prawo do złożenia wniosku o „przywrócenie terminu” do opłacenia składki za czas odebranego jej zasiłku opiekuńczego. Z akt sprawy wynika, że odwołująca się nie mogła przewidzieć tego, że zasiłek jej zostanie zabrany, przez co - nie ze swojej winy

- opłaciła go w zaniżonej wysokości. Fakt, że odwołująca się deklarowała wysoką podstawę wymiaru składek nie może stanowić argumentu do odmowy przywrócenia terminu do opłacenia składek. Odwołująca się deklarowała podstawę wymiaru składek w granicach zgodnych z obowiązującymi przepisami, a zatem nie można jej czynić z tego powodu zarzutu.

Brak przywrócenia terminu do płacenia składki spowodowałby, że odwołująca się zostałaby za swoje działanie „ukarana” niejako podwójnie, to jest odebraniem jej świadczeń, które musi zwrócić oraz utratą ubezpieczenia chorobowego, czego konsekwencją byłby zwrot kolejnych świadczeń. Pozbawienie odwołującej się ubezpieczenia z powodów wskazanych w decyzji byłoby zatem sankcją za daleko idącą.

Sąd Apelacyjny w Krakowie, wyrokiem z dnia 16 maja 2024 r., zmienił wyroku Sądu Okręgowego i oddalił odwołanie ubezpieczonej, uznając, że rozpatrując wniosek odwołującej się o wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie należało mieć na uwadze nie tylko to, iż w tej sprawie ubezpieczona korzystała z pomocy profesjonalnego biura księgowego, ale i całokształt zachowania się ubezpieczonej, w tym sposób korzystania przez nią ze świadczeń warunkowanych podleganiem ubezpieczeniu chorobowemu i opłacaniem składki na to ubezpieczenie. Nie bez znaczenia pozostaje też maksymalna podstawa wymiaru składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe zadeklarowana przez ubezpieczoną z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. Zadeklarowanie tak wysokiej podstawy wymiaru składek - mimo że legalne - w sytuacji, gdy ubezpieczona mogła spodziewać się, że ze względu na ciężę będzie korzystała z odpowiednio wysokich świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, świadczy przede wszystkim o dobrym rozeznanii w sposobach i możliwościach uzyskania jak najwyższych świadczeń z tego ubezpieczenia.

Analiza sprawy, z wykorzystaniem wskazanych mierników, słusznie nie pozwoliła organowi rentowemu na wyrażenie zgody na opłatę składek po terminie, ponieważ zgoda oznaczałaby sanację niedozwolonego działania ubezpieczonej na gruncie ubezpieczeń społecznych, która to swoim zachowaniem doprowadziła do nadmiarowego korzystania ze świadczeń pieniężnych. Ubezpieczona powinna przewidzieć skutki niewłaściwego wykorzystania okresów zwolnień lekarskich,

powinna była w niedozwolony sposób tych zwolnień lekarskich nie wykorzystywać, a postępując naganie, powinna co najmniej liczyć się z obowiązkiem zwrotu bezprawnie pobranych świadczeń, co zgodnie z przepisami skutkowało zaniżoną wysokością składek, które opłaciła za miesiące grudzień 2016 r. i styczeń 2017 r.

Sąd Apelacyjny nie podzielił stanowiska ubezpieczonej, że w świetle nowelizacji art. 14 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2026 r., poz. 199, dalej jako ustawa systemowa), która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2022 r., należałoby uznać, iż opłacenie przez ubezpieczoną składki w niepełnej wysokości nie wyczerpuje przesłanki ustania ubezpieczenia chorobowego, lecz może być ewentualnie podstawą do stosowania przez organ rentowy sankcji określonych w art. 24 ustawy systemowej, np. wymierzenia dodatkowej opłaty lub pociągając konieczność zapłacenia odsetek. Do stanu faktycznego, w jakim została wydana zaskarżona decyzja, należało stosować przepis art. 14 ustawy systemowej w brzmieniu dotychczasowym (przed 1 stycznia 2022 r.) i organ rentowy prawidłowo przepis ten zastosował.

Skargę kasacyjną wywiódł pełnomocnik ubezpieczonej, zaskarżając wyrok Sądu Apelacyjnego w całości. W podstawach kasacyjnych wskazał na naruszenie prawa materialnego, to jest: (-) art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej w brzmieniu obowiązującym na dzień wydania decyzji, przez interpretację tego przepisu wbrew woli ubezpieczonej do podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w sytuacji, gdy skarżąca opłaciła składkę - pomniejszając jej wymiar w związku z prawem do zasiłku, do czego na moment zapadalności terminu płatności składek miała pełne prawo - a co za tym idzie jej wolą było podleganie ubezpieczeniu chorobowemu, a niedopłata została wykreowana przez ZUS w wyniku wydania decyzji pozbawiającej ubezpieczoną prawa do zasiłku kilka lat po terminie płatności składek; (-) art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, przez jego niewłaściwe zastosowanie i uznanie, że ubezpieczona nie spełniła przesłanek do przywrócenia terminu płatności składek, podczas gdy zachodziły okoliczności, które obiektywnie wskazywały na to, że zapłata składek w terminie była niemożliwa; (-) art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej i uznanie, że w niniejszej sprawie nie występuje uzasadniony przypadek umożliwiający przywrócenie odwołującej się do ubezpieczenia chorobowego w spornym okresie, w sytuacji gdy zapłata składek w

terminie w prawidłowej wysokości była niemożliwa, albowiem o tym, że ubezpieczona dokonała zapłaty składki należnej za grudzień 2016 r. i styczeń 2017 r. w nieprawidłowej wysokości, odwołująca się dowiedziała się dopiero w dniu otrzymania decyzji z 25 marca 2021 r., a więc po ponad 4 latach od terminu zapłaty tych składek; (-) art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, w sytuacji gdy niezapłacenie składek za grudzień 2016 r. i styczeń 2017 r. w pełnej wysokości w terminie, było niezależne od woli ubezpieczonej, bowiem nie mogła ona w żaden sposób przewidzieć, że uprawnienie do zasiłku opiekuńczego za okres od 2 grudnia 2016 r. do 2 stycznia 2017 r. zostanie cofnięte w roku 2019, na mocy decyzji ZUS; (-) art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej w związku z art. 17 ust. 1 w związku z art. 35 ust. 2 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, w sytuacji gdy odwołująca się poniosła skutki błędnego wniosku o zasiłek opiekuńczy i nie powinna być obciążona sankcją niewynikającą wprost z ustawy w postaci „wypadnięcia” z ubezpieczenia chorobowego, bowiem obywatel nie może być kilkakrotnie karany za jednostkową nieprawidłowość; (-) art. 2 Konstytucji RP, a także konstytucyjnie chronionego prawa obywatela do zabezpieczenia społecznego przez odmowę przywrócenia do ubezpieczenia chorobowego z odwołaniem się do miernika podwyższonej staranności przedsiębiorcy (art. 355 § 2 k.c.) oraz z odwołaniem się do zasady solidaryzmu ubezpieczeń społecznych, co jest sprzeczne z zasadą równego traktowania wszystkich ubezpieczonych (art. 2a ust. 1, 2 i 3 ustawy systemowej); (-) art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej w związku z art. 11 ust. 1 i art. 12 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców w sytuacji, gdy Sąd nie powinien akceptować „rewanżyzmu” ze strony organu rentowego.

Skarżący wskazał także, że doszło do naruszenia prawa procesowego, to jest: (-) art. 382 k.p.c. w zakresie w jakim Sąd Apelacyjny nie dochował wymogów należytej staranności i nie pozyskał kompletnych akt sprawy (IV U 248/19 oraz IV Ua 2/20), tylko dokonywał ustaleń faktycznych wbrew obowiązкови opierania się na materiale dowodowym.

Mając powyższe na uwadze, pełnomocnik ubezpieczonej wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania temu Sądowi w innym składzie celem przeprowadzenia należytego postępowania dowodowego, ewentualnie w przypadku

stwierdzenia podstaw, o zmianę zaskarżonego wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie przez oddalenie apelacji ZUS oraz o zasądzenie od organu rentowego na rzecz powódki kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W odpowiedzi na skargę kasacyjną organ rentowy wniósł o oddalenie skargi kasacyjnej oraz o zasądzenie od skarżącej na rzecz organu rentowego kosztów postępowania kasacyjnego, w tym kosztów zastępstwa prawnego według norm przepisanych.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna zasługuje na uwzględnienie.

W pierwszej kolejności należy wskazać, że w orzecznictwie Sądu Najwyższego nie ma wątpliwości, że nieopłacenie w terminie należnej składki w całości powoduje ustanie ubezpieczenia. Przyjęcie prymatu uzewnętrznionej woli ubezpieczonego jako przesłanki kontynuowania ubezpieczenia podważałoby to stanowisko (zob. uchwała Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2022 r., III UZP 10/21, OSNP 2022 nr 10, poz. 98). Sąd Najwyższy przyjął, że podstawa faktyczna ustania ubezpieczenia wskazana w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej została tak skonstruowana przez ustawodawcę, iż jest niezależna zupełnie od woli ubezpieczonego, co do kontynuowania lub ustania ubezpieczenia. Element woli ubezpieczonego, w sytuacji braku opłacenia składki, nie może decydować o ustaniu bądź braku ustania ubezpieczenia. Przewidziana w tym przepisie szczególna instytucja wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie potwierdza jedynie wykładnię o ustaniu ubezpieczenia z mocy prawa na skutek nieopłacenia w terminie składki w należytej wysokości i pozwala w uzasadnionych przypadkach złagodzić rygoryzm tego przepisu. Zatem ubezpieczenie to ustaje 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 chociaż składka nie została uiszczona w terminie, dobrowolne ubezpieczenie nie ustaje.

Możliwość weryfikacji na drodze sądowej zasadności odmowy wyrażenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych zgody na opłacenie składki po terminie (art.

14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej) została wyrażona w uchwale Sądu Najwyższego z dnia 8 stycznia 2007 r., I UZP 6/06 (OSNP 2007 nr 13-14, poz. 197).

W uzasadnieniu tej uchwały Sąd Najwyższy podkreślił, 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., („Zakład może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie”) akcentuje „swobodny charakter działań ZUS w tym zakresie”, co wszakże nie uzasadnia wyłączenia tej kwestii spod kontroli sądowej. W postanowieniu Sądu Najwyższego z dnia 14 listopada 2007 r., II UK 65/07, LEX nr 863989) trafnie przyjęto - z powołaniem się na orzecznictwo - 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 owej zgody. Przyznana kompetencja winna być wykonywana według sprawdzalnych, sprawiedliwych kryteriów. Zakład Ubezpieczeń Społecznych wyposażony w uprawnienie wyrażania zgody na opłacenie składki po terminie winien ujawnić, jakimi przesłankami kierował się odmawiając jej, a jego decyzja podlega merytorycznej ocenie sądu. W doktrynie prawa administracyjnego przyjmuje się wszak, że uznaniowość decyzji nie oznacza dowolności w ich podejmowaniu. Użyte w przepisie art. 14 ust. 2 pkt 2 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. W tym drugim przypadku, w razie poddania decyzji kontroli sądowej, badanie obejmuje wszystkie okoliczności, także te, które stanowiły przesłanki zaskarżonego rozstrzygnięcia. I chociaż zgodnie z art. 77 § 1 k.p.a. organ rentowy, rozpoznając wniosek płatnika o wyrażenie zgody na

opłacenie składki po terminie, powinien przed wydaniem decyzji w tym przedmiocie w sposób wyczerpujący zebrać i rozpatrzyć cały materiał dowodowy oraz wyjaśnić wszystkie okoliczności sprawy, to sąd ubezpieczeń społecznych w ramach kontroli zapadłej decyzji nie jest związany ustaleniami Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i dokonuje samodzielnych ustaleń w zakresie stanu faktycznego oraz ocenia zasadność złożonego wniosku.

Mimo że przesłanki wyrażenia przez organ rentowy zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie nie zostały określone przez ustawodawcę, jednak oczywiste jest, iż stanowią jej okoliczności związane z przebiegiem samego ubezpieczenia i przyczynami uchybienia owego terminu. Skoro ubezpieczenie chorobowe osób prowadzących działalność gospodarczą ma dobrowolny charakter i jego powstanie uzależnione jest od woli samego ubezpieczonego, a warunkiem trwania tegoż ubezpieczenia jest terminowe opłacanie należnych z tego tytułu składek, to dotychczasowy sposób wywiązywania się płatnika z tego obowiązku nie pozostaje bez wpływu na ocenę zasadności uwzględnienia wniosku o przywrócenie uchybionego terminu. Jest to jednak tylko jeden z aspektów sprawy, który powinien być analizowany w powiązaniu z pozostałymi okolicznościami, a przede wszystkim przyczynami nieterminowego opłacenia danej składki. Może się zatem zdarzyć, że mimo długotrwałego podlegania wnioskodawcy dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu i dotychczasowego należytego wywiązywania się z obowiązku składkowego organ rentowy nie wyrazi zgody na opłacenie składki po terminie, jeśli opóźnienie w zapłacie nie ma żadnego racjonalnego usprawiedliwienia. Możliwa jest jednak sytuacja odwrotna, gdy przyczyna niezachowania przez ubezpieczonego objętego wnioskiem terminu opłacenia składki jest tak doniosła, że fakt wcześniejszych uchybień w terminowym opłacaniu składek przez wnioskodawcę nie stanowi dostatecznej podstawy wydania decyzji odmownej. Każdy wniosek musi być bowiem rozpatrywany indywidualnie, a sposób załatwienia innych wniosków płatnika o zgodę na opłacenie składki po terminie nie może przesądzać o zasadności danego wniosku (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 sierpnia 2015 r., III UK 233/14, LEX nr 1784526).

Ogólnie jako przyczyny uzasadniające wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie wskazać można 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 (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 stycznia 2016 r., I UK 35/15, LEX nr 2004234).

Taka zaś sytuacja zaistniała w rozpoznawanej sprawie. Jak bowiem słusznie przyjął Sąd pierwszej instancji ubezpieczona nie opłaciła składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w pełnej wysokości za miesiące grudzień 2016 r. i styczeń 2017 r. bez swojej winy. W terminach płatności składek za te miesiące pobierała zasiłki z ubezpieczenia chorobowego, stąd też składki opłaciła w kwocie pomniejszonej. Niedopłata wynikała z pozbawienia odwołującej świadczeń z ubezpieczenia chorobowego w 2019 r. (prawomocnie zakończona sprawa w 2020 r.). Odwołująca się dotychczas opłacała wszystkie składki na ubezpieczenia w terminie. Do czasu prowadzonych postępowań związanych z wypłatą świadczeń z ubezpieczenia chorobowego ZUS nie kwestionował dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego odwołującej się za grudzień 2016 r. i styczeń 2017 r., co świadczy o tym, że odwołująca się nie miała wiedzy o tym, że na skutek decyzji z 29 maja 2019 r. może nie podlegać ubezpieczeniu chorobowemu. Nie może zatem być tu mowy o zaniedbaniu (braku staranności) ubezpieczonej.

Konsekwencje nieuwzględnienia przedmiotowego wniosku o wyrażenie zgody na zapłatę składki po terminie są zaś dla skarżącej szczególnie dotkliwe, gdyż oznaczają ustanie stosunku dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego oraz utratę prawa do dalszych świadczeń.

Sumując powyższe, o ile Sąd Apelacyjny upatruje podstaw do akceptacji stanowiska organu rentowego z uwagi na „premedytację w nadmiarowym korzystaniu ze świadczeń z ubezpieczenia społecznego”, o tyle winien zestawić to z przebiegiem dotychczasowego ubezpieczenia, w tym porodu czwórki dzieci i momentu (przyczyn), w którym pozwany dopatrzył się działań intencjonalnych w zestawieniu z prowadzoną (od wielu lat) działalnością gospodarczą.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Najwyższy orzekł jak w sentencji (art. 398¹⁵ § 1 k.p.c. oraz art. 98 § 1 w związku z art. 398²¹ k.p.c.).

AGM

[SOP]

