



Sygn. akt II USKP 57/21

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 maja 2021 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Krzysztof Rączka (przewodniczący)
SSN Bohdan Bieniek (sprawozdawca)
SSN Romualda Spyt

w sprawie z wniosku A. D.
przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w O.
o zasiłek macierzyński, o zasiłek chorobowy,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń
Społecznych w dniu 19 maja 2021 r.,
skargi kasacyjnej wnioskodawczyni od wyroku Sądu Okręgowego w S.
z dnia 18 grudnia 2018 r., sygn. akt III Ua (...), Uz (...),

**uchyla zaskarżony wyrok w punkcie 1 i 2, w tym zakresie
przekazuje sprawę do ponownego rozpoznania Sądowi
Okręgowemu w S., pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o
kosztach postępowania kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

Sąd Okręgowy w S., wyrokiem z dnia 18 grudnia 2018 r., oddalił apelację A.D. od wyroku Sądu Rejonowego w S. z dnia 14 sierpnia 2018 r., mocą którego oddalono odwołanie ubezpieczonej od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,

Oddział w O. z dnia 8 listopada 2017 r. odmawiającej A. D. prawa do zasiłku macierzyńskiego za okres od 1 września 2017 r. do 30 sierpnia 2018 r. oraz decyzji z dnia 8 grudnia 2017 r., odmawiającej ubezpieczonej prawa do zasiłku chorobowego za okres od 16 stycznia 2017 r. do 31 sierpnia 2017 r. i zobowiązującej do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego w kwocie łącznej 67.316.93 zł.

W sprawie ustalono, że odwołująca się prowadzi pozarolniczą działalność i z tego tytułu podlegała także dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu (od 22 września 2016 r.), deklarując maksymalną podstawę wymiaru składki na to ubezpieczenie. Od dnia 15 grudnia 2016 r. do 23 grudnia 2017 r. była niezdolna o pracy, pobierając zasiłek chorobowy. W lutym 2017 r. odwołująca się zmniejszyła podstawę wymiaru składki za grudzień 2016 r. do kwoty 7.194,44 zł. Od dnia 16 stycznia 2017 r. do 31 sierpnia 2017 r. była ponownie niezdolna do pracy, a w dniu 1 września 2017 r. urodziła dziecko. W związku z tym wystąpiła do pozwanego o wypłatę zasiłku macierzyńskiego oraz zasiłku rodzicielskiego (od 1 września 2017 r. do 30 sierpnia 2018 r.). Organ rentowy dokonał analizy konta odwołującej się, stwierdzając, że doszło do nieprawidłowego pomniejszenia podstawy wymiaru składek za grudzień 2016 r., zaś pracownik pozwanego przekazał ubezpieczonej informację o konieczności złożenia korekty deklaracji przywracającej pierwotną wysokość podstawy wymiaru składek. W dniu 14 września 2017 r. odwołująca się złożyła taką korektę, składając jednocześnie wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składki (brakującej różnicy) po terminie. Dokument ten popisała księgowa odwołującej się. Natomiast w dniu 10 stycznia 2018 r. odwołująca się złożyła kolejną korektę deklaracji za grudzień 2018 r., wskazując kwotę 7.194,44 zł. W wyniku dokonanej korekty A.D. została wyłączona z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od dnia 1 stycznia 2017 r.

Zdaniem Sądu Rejonowego, z uwagi na treść art. 14 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2020 r., poz. 226, dalej ustawa systemowa), uchybienie obowiązkowi opłacenia składki w terminie i we właściwej wysokości doprowadziło do ustania ubezpieczenia chorobowego. Z drugiej strony Sąd pierwszej instancji podniósł, że prawo przewiduje mechanizm sanujący uchybienia płatnika składek. Niemniej Sąd

Rejonowy zauważył, że art. 18 ust. 9 i 10 ustawy systemowej prowadzi do wniosku o możliwości korekty składki tylko tych ubezpieczonych, którzy zadeklarowali najniższą podstawę wymiaru. Dlatego korekta deklaracji rozliczeniowej za grudzień 2016 r., w sytuacji, gdy odwołująca zadeklarowała najwyższą podstawę wymiaru składki, była nieuzasadniona, zwłaszcza że skutkiem tego manewru było ustanie ubezpieczenia z dniem 1 stycznia 2017 r. z mocy prawa. W ocenie Sądu Rejonowego, późniejsze czynności pracowników organu rentowego nie mogły wprowadzać w błąd odwołującą się, skoro to ona wadliwie skorygowała podstawę wymiaru składek. Dalej Sąd pierwszej instancji zauważył, że dwukrotne wnioski o przywrócenie terminu (27 września i 6 listopada 2017 r.) o wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie, pozwany rozstrzygnął odmownie. Sąd Rejonowy nie dostrzegł dowolności w działaniu organu rentowego w tej kwestii, zwłaszcza że do tej sytuacji doszło w wyniku świadomego działania ubezpieczonej. Z tych względów Sąd Rejonowy oddalił odwołanie.

Sąd Okręgowy podzielił ustalenia Sądu pierwszej instancji oraz ich ocenę prawną. Nie zgodził się zaś z twierdzeniem odwołującej się, że organ rentowy ma obowiązek na bieżąco śledzić i monitować dokonywane przez nią wpłaty i stale weryfikować jej status jako ubezpieczonej. Takie przekonanie jest błędne. Organ rentowy posiada instrumenty prawne, które obligują go do weryfikacji z urzędu statusu ubezpieczonych, bez względu na podstawę zgłoszenia do ubezpieczenia. Na tej podstawie nie można przypisywać organowi rentowemu waloru „prywatnej instytucji ubezpieczeniowej”, która winna wyczekiwać na każde działania ubezpieczonego i pouczać o skutkach uchybień. Sąd odwoławczy podkreślił, że nieopłacenie składki na ubezpieczenie za styczeń 2017 r., w prawidłowej wysokości, musiało skutkować wyłączeniem jej z ubezpieczenia. Oceny tej nie zmienia zaświadczenie z dnia 23 czerwca 2017 r. o niezaleganiu ze składkami, bowiem nie odnosi się do poprawności zmniejszenia składki na ubezpieczenie. W tej mierze organ rentowy wypowiedział się dopiero w momencie wystąpienia przez odwołującą się o wypłatę świadczenia. Wówczas dopiero miał możliwość zweryfikowania statusu ubezpieczonej. Sąd Okręgowy wziął także pod uwagę doświadczenie odwołującej się oraz współpracę z księgową odnośnie do obowiązków

wynikających z ubezpieczeń społecznych, oddalając finalnie jej apelację z mocy art. 385 k.p.c.

Skargę kasacyjną od wyroku Sądu Okręgowego wywiódł pełnomocnik odwołującej się, zaskarżając rozstrzygnięcie w całości oraz zarzucając naruszenie: (-) prawa materialnego, a mianowicie art. 18 w związku z art. 2a ustawy systemowej, przez dokonanie błędnej ich wykładni; (-) prawa procesowego, to jest art. 328 § 2 w związku z art. 391 § 1 k.p.c., przez sporządzenie uzasadnienia nieodpowiadającego wymaganiom, jakie stawia wymieniony przepis (brak wyjaśnienia podstawy prawnej wyroku z przytoczeniem przepisów prawa), a tym samym zaskarżony wyrok nie poddaje się kontroli kasacyjnej. Nadto skarżący wskazał na naruszenie art. 233 § 1 w związku z art. 391 oraz art. 378 § 1 i art. 382 k.p.c., polegające na przejściu przez sąd drugiej instancji za własne ustaleń faktycznych Sądu Rejonowego, bez jakichkolwiek merytorycznych rozważań w tej kwestii, w sytuacji, gdy zarzuty apelacji obejmowały sprzeczność ustaleń sądu pierwszej instancji ze zgromadzonym materiałem dowodowym, co skutkowało tym, że zarzuty apelacyjne w ten sposób nie zostały rozpoznane.

Mając powyższe na uwadze skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego orzeczenia, przez uwzględnienie wywiedzionej apelacji i rozstrzygnięcie o kosztach postępowania, ewentualnie domagał się uchylenia zaskarżonego wyroku i przekazania sprawy do ponownego rozpatrzenia Sądowi drugiej instancji wraz z obowiązkiem orzeczenia o kosztach postępowania kasacyjnego.

W odpowiedzi na skargę kasacyjną pozwany wniósł o jej oddalenie i orzeczenie o kosztach postępowania kasacyjnego.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna okazała się zasadna, choć nie wszystkie jej zarzuty są trafne, czy też prawidłowo zredagowane.

Nie ma podstaw do akceptacji zarzutu naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c., tylko dlatego, że pisemna argumentacja stanowiska Sądu Okręgowego nie realizuje oczekiwań strony skarżącej. Uchylenie wyroku z tej podstawy może mieć miejsce wyjątkowo, gdy ten nie poddaje się kontroli

kasacyjnej, co zostało w judykaturze już dostatecznie wyjaśnione (por. spośród wielu wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 1 lipca 1998 r., I PKN 220/98, OSNAPiUS 1999 nr 15, poz. 482; z dnia 9 lipca 1998 r., I PKN 234/98, OSNAPiUS 1999 nr 15, poz. 487; z dnia 15 lipca 2011 r., I UK 325/10, LEX nr 949020; z dnia 20 lutego 2003 r., I CKN 65/01, LEX nr 78271; z dnia 6 lipca 2011 r., I CSK 67/11, LEX nr 970061). Tymczasem w sprawie możliwa jest kontrola kasacyjna stanowiska Sądu drugiej instancji, zaś potencjalne wady w wykładni prawa pozostają poza obszarem omawianej sekcji prawa procesowego.

Nie ma także przesłanek do akceptacji stanowiska o naruszeniu art. 233 § 1 w związku z art. 391 i art. 378 § 1 oraz art. 382 k.p. (brak rozpoznania zarzutów apelacyjnych), bowiem z uwagi na treść 398³ § 3 k.p.c. podnoszenie zarzutów dotyczących ustalenia faktów lub oceny dowodów, pozostaje poza przedmiotem postępowania kasacyjnego (zob. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 19 października 2010 r., II PK 96/10, LEX nr 687025; z dnia 24 listopada 2010 r., I UK 128/10, LEX nr 707405).

W judykaturze przyjmuje się, że jeżeli sąd drugiej instancji w pełni podziela ocenę dowodów, której dokonał sąd pierwszej instancji, to nie ma obowiązku ponownego przytaczania w uzasadnieniu wydanego orzeczenia przyczyn, dla których określonym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej. W takim wypadku wystarczy zdecydowane stwierdzenie, że podziela argumentację zamieszczoną w uzasadnieniu wyroku sądu pierwszej instancji, w którym poszczególne dowody zostały wyczerpująco omówione i traktuje ustalenia tego sądu jako własne (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 stycznia 2000 r., I CKN 359/98, LEX nr 50863).

Natomiast celny okazał się zarzut naruszenia art. 18 ust. 9 i 10 ustawy systemowej. Niemniej w samej postawie został on zredagowany lapidarnie, bez należytego profesjonalizmu, skoro skarżący ograniczył się wyłącznie do stwierdzenia, że dokonano błędnej wykładni art. 18 ustawy systemowej. Dopiero uzasadnienie podstaw kasacyjnych sanuje pierwotne ułomności, gdyż w tej części skargi doszło do skonkretyzowania stosownych ustępów (9 i 10), z naruszeniem których autor skargi wiąże przypisanie odwołującej się braku podstaw do podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzonej

działalności. W tej części autor skargi ma rację, że stanowisko Sądu Okręgowego jest w tej mierze szczątkowe i w zasadzie milcząco aprobuje pogląd Sądu Rejonowego. Nie jest to modelowe rozwiązanie.

W klarownych okolicznościach sprawy zauważalne jest, że wszelkie negatywne skutki w odniesieniu do odwołującej się wynikają z pomniejszenia przez nią podstawy wymiaru składki (pismo z 10 lutego 2017 r.) do kwoty 7.194,44 zł. Z tego też względu interweniował organ rentowy, wskazując błędnie (o czym dalej), że ubezpieczona nie mogła skorygować podstawy wymiaru składek z racji uiszczania ich od maksymalnego a nie minimalnego pułapu.

Prawdą też jest, że prawo do obniżenia podstawy wymiaru składek budziło wątpliwości w orzecznictwie sądów powszechnych i Sądu Najwyższego. Jednak te wątpliwości wyjaśniła uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 11 lipca 2019 r., III UZP 1/19 (OSNP 2020 nr 1, poz. 7), zgodnie z którą proporcjonalnemu zmniejszeniu ulega kwota najniższej podstawy wymiaru składek bez względu na jej wysokość zadeklarowaną przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność (art. 18 ust. 9 i 10 oraz art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy systemowej). Powołana uchwała akceptuje możliwość pomniejszenia podstawy wymiaru nie tylko w razie zadeklarowania najniższej podstawy wymiaru składek. Z tego względu późniejsze skutki, jakie ten fakt wywołał w odniesieniu do skarżącej mógł rzutować na ocenę przesłanek, czy podlegała ona nadal ubezpieczeniu chorobowemu, chroniąc dalej ryzyko niezdolności do pracy związane z macierzyństwem. Już z uwagi na ten wątek rysuje się konieczność uchYLENIA zaskarżonego wyroku i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania.

Zaakceptowanie stanowiska odnośnie do możliwości zmniejszenia podstawy wymiaru składki może przełożyć się na mechanizm wykładni art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej. 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 pełnej 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 przypomniał, że art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej w brzmieniu pierwotnym stanowił, że w uzasadnionych przypadkach, na wniosek zainteresowanego, ZUS może przywrócić termin do opłacenia składek na dobrowolne ubezpieczenie. Zwrot „Zakład może przywrócić termin” sugerował pozostawienie omawianej kwestii do swobodnego uznania organu rentowego. Nowe brzmienie art. 14 ust. 2 pkt 2 zdanie drugie, nadane przez art. 1 pkt 9 lit. a ustawy z dnia 23 grudnia 1999 r. (Dz.U. Nr 110, poz. 1256), zmieniającej ustawę z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2000 r., zgodnie z którym „Zakład może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie”, akcentuje swobodny charakter działań ZUS w tym zakresie, co jednak nie uzasadnia wyłączenia tej kwestii spod kontroli sądu.

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

Ubezpieczeń Społecznych, wyposażony w uprawnienie wyrażania zgody na opłacenie składki po terminie, powinien ujawnić, jakimi przesłankami kierował się odmawiając jej, a jego decyzja podlega merytorycznej ocenie sądu. Użyte w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej określenie „może” nie oznacza pełnej dowolności. Nie ma przy tym znaczenia czy Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydaje odrębną decyzję, czy też rozstrzyga daną kwestię jako przesłankę wydania decyzji o określonej treści (np. o niepodleganiu dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu). W tym drugim przypadku, w razie poddania decyzji kontroli sądowej, badanie obejmuje wszystkie okoliczności, także te, które stanowiły przesłanki zaskarżonego rozstrzygnięcia. Sąd ubezpieczeń społecznych w ramach kontroli zapadłej decyzji nie jest związany ustaleniami faktycznymi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i dokonuje samodzielnych ustaleń w zakresie stanu faktycznego oraz ocenia zasadność wniosku złożonego przez ubezpieczonego (płatnika składek).

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

Mając powyższe na względzie, Sąd Najwyższy orzekł z mocy art. 398¹⁵ § 1 k.p.c. w związku z art. 108 § 2 i 398²¹ k.p.c.