



Sygn. akt III USKP 102/21

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 2 marca 2022 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Dawid Miąsik (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Bohdan Bieniek

SSN Zbigniew Korzeniowski

w sprawie z odwołania L. W. N.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w J.

o podleganie ubezpieczeniom społecznym i ustalenie podstawy wymiaru składek,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń

Społecznych w dniu 2 marca 2022 r.,

skargi kasacyjnej organu rentowego od wyroku Sądu Apelacyjnego w (...)

z dnia 5 grudnia 2019 r., sygn. akt III AUa (...),

**1. uchyla zaskarżony wyrok i oddala apelację odwołującej się
od wyroku Sądu Okręgowego w K. z 19 marca 2018 r., sygn. akt
IV U (...);**

**2. zasądza od odwołującej się na rzecz organu rentowego
kwotę 690 (sześćset dziewięćdziesiąt) złotych tytułem zwrotu
kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu kasacyjnym i
apelacyjnym.**

UZASADNIENIE

Decyzją z 10 sierpnia 2015 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w J. (organ rentowy) stwierdził, że L. W. N. (wnioskodawczyni) jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz wypadkowemu od 18 kwietnia 2015 r. i ustalił podstawy wymiaru składek na te ubezpieczenia w kwocie 9.897 zł za miesiąc kwiecień oraz w kwocie 2.375,40 zł za miesiące maj i czerwiec.

Kolejną decyzją z 30 grudnia 2015 r. organ rentowy stwierdził, że wnioskodawczyni nie podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od 1 kwietnia 2015 r. Organ rentowy uznał, że wnioskodawczyni prowadząca od 2008 r. działalność gospodarczą podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu w różnych okresach. Ostatnie zgłoszenie wnioskodawczyni do tego ubezpieczenia zostało dokonane w dniu 26 lutego 2015 r. Wówczas wnioskodawczyni zadeklarowała podstawę wymiaru składek w kwocie 9.897 zł. W dniu 11 maja 2015 r. wnioskodawczyni zadeklarowała podstawę wymiaru składek za miesiąc kwiecień w kwocie 9.897 zł, jednakże składkę na ubezpieczenie chorobowe opłaciła od podstawy wynoszącej 2.375,40 zł. Organ rentowy uznał, że składka na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc kwiecień została opłacona w niepełnej wysokości i stwierdził ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. W konsekwencji powyższego organ rentowy odmówił wnioskodawczyni prawa do zasiłku macierzyńskiego i ustalił brak podstaw do zastosowania art. 9 ust. 1c ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2015 r., poz. 121 ze zm., dalej jako ustawa systemowa) i w następstwie stwierdził podleganie wnioskodawczyni w okresie od 18 kwietnia 2015 r. obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz wypadkowemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej.

Wnioskodawczyni zaskarżyła obydwie decyzje, domagając się ich zmiany przez uznanie, że od 1 kwietnia 2015 r. podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Wnioskodawczyni przyznała, że w deklaracji rozliczeniowej za miesiąc kwiecień 2015 r. została błędnie określona podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne, z uwagi na błąd pracownika biura rachunkowego, prowadzącego księgowość firmy wnioskodawczyni. Wnioskodawczyni w terminie

uiściła składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe od rzeczywiście zamierzonej podstawy wymiaru wynoszącej 2.375,40 zł.

Sąd Okręgowy K. wyrokiem 19 marca 2018 r., IV U (...) oddalił odwołania wnioskodawczyni.

Sąd Okręgowy ustalił, że wnioskodawczyni od początku prowadzenia działalności gospodarczej korzystała z usług biura rachunkowego, prowadzonego przez żonę świadka. Świadek jest pełnomocnikiem tego biura i z tego tytułu wykonywał różne czynności wchodzące w zakres obsługi wykonywanej przez biuro, w tym zgłoszeń wnioskodawczyni. W lutym 2015 r. świadek zgłosił wnioskodawczynię do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 1 marca 2015 r. i jako podstawę wymiaru składek podał kwotę 9.897 zł zgodnie z wolą wnioskodawczyni. Następnie w kwietniu 2015 r. wnioskodawczyni podjęła decyzję o powrocie do minimalnej składki ubezpieczeniowej, którą na początku kwietnia przekazała świadkowi. Świadek mimo to, sporządzając za kwiecień deklarację rozliczeniową w maju błędnie podał kwotę maksymalną. Wnioskodawczyni sama dokonała opłaty składek i działając w przekonaniu, że świadek zadeklarował minimalną podstawę ich wymiaru zgodnie z jej wolą, dokonała opłaty składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe od podstawy wynoszącej 2.375,40 zł, co w ocenie organu rentowego spowodowało ustanie tego ubezpieczenia z powodu nieuiszczenia składki w należytej wysokości. Po spostrzeżeniu błędu w dniu 27 maja 2015 r. została przez biuro złożona deklaracja korygująca, w której świadek w terminie 7 dni od daty zauważenia błędu, dokonał korekty podstawy wymiaru składek. Sąd Okręgowy ustalił także, że o popełnieniu błędu świadek zorientował się po przesłaniu do biura dowodów wpłaty składek. Ich niska wartość wskazywała na ich opłacenie od minimalnej podstawy.

Sąd Okręgowy uznał, że w stanie sprawy brak jest podstaw do uwzględnienia odwołań. Sąd pierwszej instancji zauważył, że art. 41 ust. 6 ustawy systemowej zawiera zakaz dokonywania korekty w dokumentacji rozliczeniowej w sytuacji innej niż korekta uzasadniona stwierdzonymi nieprawidłowościami, rozumianymi jako błąd lub inne nieprawidłowości w obliczeniach. Korekta deklaracji rozliczeniowej i podstawy wymiaru składek nastąpiła po terminie opłaty tych składek, a zatem nie ma wątpliwości, że składka na dobrowolne ubezpieczenie

chorobowe nie została opłacona w należytej wysokości co powoduje ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z mocy art. 14 ust. 2 pkt. 1 ustawy systemowej.

Wnioskodawczyni zaskarżyła powyższy wyrok Sądu Okręgowego apelacją w całości.

Wyrokiem z 5 grudnia 2019 r., III AUa (...) uwzględnił apelację wnioskodawczyni.

Sąd Apelacyjny stwierdził, że spór sprowadzał się do rozstrzygnięcia czy nieopłacenie składki w pełnej wysokości powinno skutkować wyłączeniem z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Sąd Apelacyjny nie podzielił poglądu Sądu pierwszej instancji, zgodnie z którym opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w niepełnej wysokości spowodowało automatyczne wyłączenie wnioskodawczyni z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, gdyż tylko zaniechanie zapłaty składki w terminie wyraża wolę zaprzestania podlegania ubezpieczeniu, opłacenie zaś składki wiąże się 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 o odmowie przyjęcia uzupełnienia składki w późniejszym terminie. Opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w kwocie niższej od należnej nie powoduje zatem ustania tego ubezpieczenia gdyż opłaceniu składki w niższej od należnej wysokości nie należy nadawać znaczenia powodującego ustanie ubezpieczenia. Oceny skutku określonego w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej należy dokonać nie tylko z uwzględnieniem pojęcia „nieopłacenia składki w terminie”, ale również okoliczności temu towarzyszących. Uwzględnieniu podlega wola ubezpieczonego jako przesłanka 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.

W niniejszej sprawie co zaznaczył Sąd Apelacyjny wnioskodawczyni konsekwentnie domagała się kontynuowania, a następnie objęcia jej ubezpieczeniami społecznymi, w tym przede wszystkim dobrowolnym

ubezpieczeniem społecznym. Było to oczywiste z uwagi na fakt, że była ona w zaawansowanej ciąży. Odzwierciedleniem woli wnioskodawczyni są nie tylko wnioski o urlop i zasiłek macierzyński, ale przede wszystkim treść deklaracji, wniosków, pism i odwołań, jak również zeznań wnioskodawczyni i świadka, dokonującego w imieniu wnioskodawczyni składania deklaracji. Skoro zatem nie było wolą wnioskodawczyni wyłączenie jej z ubezpieczeń to działanie organu rentowego, zważywszy na skutki, czyli pozbawienie wnioskodawczyni prawa do zasiłku macierzyńskiego jest jaskrawym nadużyciem.

Sąd Apelacyjny zwrócił także uwagę, że organ rentowy w dniu 16 czerwca 2015 r. wydał wnioskodawczyni zaświadczenie o niezaleganiu z płatnością składek, jak również pismem z 5 maja 2015 r. poinformował wnioskodawczynię, że w związku z złożeniem wniosku o zasiłek macierzyński powinna wyrejestrować się z ubezpieczeń społecznych, w tym z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego – co wnioskodawczyni uczyniła 31 maja 2015 r. – pozostając w przekonaniu, że działa zgodnie z prawidłowym pouczeniem organu rentowego i swym interesem.

Sąd Apelacyjny nie zaakceptował także poglądu, że ustanie ubezpieczenia ze względu na nieopłacenie składki staje się swego rodzaju karą. W tym kontekście opłacenie tak jak w niniejszej sprawie w terminie tylko części należnej składki nie może być traktowane jako podstawa ustania dobrowolnego ubezpieczenia.

Organ rentowy zaskarżył wyrok Sądu Apelacyjnego skargą kasacyjną. Zaskarżonemu wyrokowi zarzucił naruszenie art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej. Organ wniósł o wydanie orzeczenia reformatoryjnego i oddalenie apelacji odwołującej się od wyroku Sądu pierwszej instancji.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna organu rentowego okazała się zasadna w stopniu uprawniającym Sąd Najwyższy do wydania orzeczenia reformatoryjnego.

Zgodnie z art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej w brzmieniu obowiązującym przed 1 stycznia 2022 r. „Ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe, o których mowa w ust. 1, ustają: 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 i 10; w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, z zastrzeżeniem ust. 2a”. Na tle wykładni tego przepisu w orzecznictwie Sądu Najwyższego ukształtowała się rozbieżność w przedmiocie skutków prawnych nieuiszczenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w pełnej wysokości.

Zgodnie z przeważającą linią orzecniczą, przewidziany w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej skutek w postaci ustania ubezpieczenia chorobowego występuje w przypadku opłacenia składki w terminie, ale w wysokości niższej niż należna (wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 18 kwietnia 2012 r., II UK 188/11, LEX nr 1217208; z dnia 6 sierpnia 2015 r., III UK 233/14, LEX nr 1784526; z dnia 19 stycznia 2016 r., I UK 35/15, OSNP 2017 nr 8, poz. 99; z dnia 13 kwietnia 2017 r., I UK 144/16, LEX nr 2312491; postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 11 grudnia 2012 r., I UK 488/12, LEX nr 1675112). Odmienne stanowisko odnośnie do wykładni art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, w brzmieniu obowiązującym od 30 grudnia 1999 r. do dnia 31 grudnia 2021 r., zostało przyjęte w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 2015 r., II UK 443/14 (LEX nr 1962525), a następnie powtórzone w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 23 stycznia 2020 r., I UK 342/18 (LEX nr 3220745). Uchwałą składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z 10 lutego 2022 r., III UZP 10/21 (LEX nr 3304179) powyższe rozbieżności zostały rozstrzygnięte w ten sposób, że przyjęto, iż „Dobrowolne ubezpieczenie chorobowe osoby prowadzącej pozarolniczą działalność ustaje w przypadku opłacenia składki w terminie, ale w wysokości niższej niż należna”.

Z uchwały III UZP 10/21 wynika, że Sąd Najwyższy opowiedział się za stanowiskiem, zgodnie z którym sformułowanie „składka należna” oznacza, że chodzi o pełną składkę. Argument, że opłacenie składki w niepełnej (nie „należnej”) wysokości powoduje ustanie ubezpieczenia znajduje oparcie w wykładni językowej komentowanego przepisu. 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.

W art. 14 ust. 2 ustawy systemowej wyodrębniono trzy okoliczności ustania ubezpieczenia dobrowolnego i tylko pierwsza z nich warunkowana jest wolą ubezpieczonego (ustanie ubezpieczenia na wniosek ubezpieczonego - art. 14 ust. 2 pkt 1). W przypadkach unormowanych w art. 14 ust. 2 pkt 2 i 3 ustawy systemowej chodzi o okoliczności obiektywne – nieopłacenie w terminie należnej składki, ustanie tytułu podlegania ubezpieczeniu. Przepisy te nie odwołują się do przyczyn wystąpienia tych okoliczności, intencji czy woli ubezpieczonego odnośnie do kontynuowania ubezpieczenia.

Przyjęcie przez Sąd Najwyższy, w ślad za uchwałą III UZP 10/21, zaprezentowanej powyżej wykładni art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej oznacza, że zaskarżony przez organ rentowy wyrok Sądu drugiej instancji został oparty na założeniach interpretacyjnych, które należało uznać za nieprawidłowe. W tej sytuacji należy uchylić zaskarżony wyrok i oddalić apelację odwołującą się, gdyż to wyrok Sądu pierwszej instancji został oparty na wykładni powołanego przepisu ustawy systemowej, która ostatecznie przeważała w orzecznictwie Sądu Najwyższego.

Mając powyższe na względzie, Sąd Najwyższy orzekł jak w sentencji.