

Sygn. akt III UZP 10/21

UCHWAŁA

składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego

Dnia 10 lutego 2022 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Józef Iwulski (przewodniczący, sprawozdawca)
SSN Bohdan Bieniek
SSN Jolanta Frańczak
SSN Halina Kiriło
SSN Zbigniew Korzeniowski
SSN Romualda Spyt (sprawozdawca, uzasadnienie)
SSN Krzysztof Staryk

Protokolant Izabela Twardowska-Mędrak

z udziałem prokuratora Andrzeja Niecia delegowanego do
Prokuratury Krajowej

w sprawie z odwołania A. C. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
Oddziału w N.

o podleganie ubezpieczeniu chorobowemu,
po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w dniu 10
lutego 2022 r. zagadnienia prawnego przekazanego do rozpoznania
powiększonemu składowi Sądu Najwyższego postanowieniem z dnia 21
października 2021 r., sygn. akt I USKP 50/21,

czy dobrowolne ubezpieczenie chorobowe osoby prowadzącej
pozarolniczą działalność ustaje na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z
dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity
tekst: Dz. U. z 2021 r., poz. 423) również w przypadku opłacenia przez tę
osobę składki w terminie, ale w wysokości niższej niż należna?

podjął uchwałę:

**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 z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych; jednolity tekst: Dz. U. z 2021 r., poz. 423 ze zm., w brzmieniu obowiązującym przed 1 stycznia 2022 r.).

UZASADNIENIE

Postanowieniem z dnia 21 października 2021 r. Sąd Najwyższy przekazał do rozstrzygnięcia powiększonemu składowi Sądu Najwyższego następujące zagadnienie prawne:

„czy dobrowolne ubezpieczenie chorobowe osoby prowadzącej pozarolniczą działalność ustaje na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2021 r., poz. 423) również w przypadku opłacenia przez tę osobę składki w terminie, ale w wysokości niższej niż należna?”

Przedstawione zagadnienie pojawiło się na tle sprawy z odwołania A. C. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w N. z dnia 28 kwietnia 2016 r. stwierdzającej, że odwołująca się w okresie od 14 września 2015 r. do 30 listopada 2015 r. podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, natomiast od 1 grudnia 2015 r. nie podlegała temu ubezpieczeniu.

Sąd Okręgowy w N., wyrokiem z dnia 20 października 2016 r., oddalił odwołanie, a Sąd Apelacyjny w [...] , wyrokiem z dnia 16 maja 2019 r., oddalił apelację odwołującej się od wyroku Sądu Okręgowego.

W sprawie ustalono, że odwołująca się od 14 września 2015 r. prowadziła pozarolniczą działalność gospodarczą i od tego dnia podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Od 10 grudnia 2015 r. była niezdolna do pracy, udzielone jej wówczas zwolnienie lekarskie było uzasadnione stanem zdrowia związanym z ciążą. Podejmując niedługo przed powstaniem niezdolności do pracy, tj. od 14 września 2015 r., działalność gospodarczą w postaci sklepu internetowego z kosmetykami, odwołująca się 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, tj. październik i listopad 2015 r. - kwoty po 9.897,50 zł. Deklaracja za grudzień 2015 r. została przez nią złożona oraz opłacona w terminie, jednak wpłacona kwota była zaniżona, nie uwzględniała bowiem kwoty składek za okres od 10 grudnia 2015 r. Z uwagi na błąd w konfiguracji programu popełniony przez męża odwołującej się J. C., składka za grudzień 2015 r. została ustalona w niższej wysokości. Błąd polegał na tym, że nie upłynął jeszcze okres 90 dni ubezpieczenia, zatem nie było podstaw do przyjęcia, że okres choroby odwołującej się może być odliczony. Niezwłocznie po zauważeniu błędu, co nastąpiło po przedłożeniu w ZUS kolejnego zaświadczenia lekarskiego, tj. w dniu 1 lutego 2016 r., odwołująca się złożyła korektę deklaracji i zapłaciła brakującą kwotę. Pismem z dnia 9 lutego 2016 r. organ rentowy odmówił wyrażenia zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za grudzień 2015 r. po terminie, a decyzją z dnia 3 lutego 2016 r. odmówił przyznania odwołującej się prawa do zasiłku chorobowego za okres od 10 grudnia 2015 r. do 17 lutego 2016 r. W uzasadnieniu tej decyzji wyjaśnił, że niezdolność do pracy powstała w dniu 10 grudnia 2015 r., a ubezpieczona nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu od 1 grudnia 2015 r. Tytuł ubezpieczenia chorobowego ustał bowiem w dniu 30 listopada 2015 r., natomiast w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego ubezpieczona nie nabyła prawa do zasiłku chorobowego, ponieważ nie legitymowała się 90-dniowym nieprzerwanym okresem ubezpieczenia chorobowego. W 2016 r. odwołująca się nadal deklarowała oraz opłacała składki na ubezpieczenie chorobowe. Od stycznia do marca 2016 r. deklarowane składki były obliczane od podstawy wymiaru w kwocie 2.433 zł, a od kwietnia do czerwca 2016 r. – w kwocie 3.210,60 zł.

Sąd drugiej instancji podkreślił, że zasadniczy spór w sprawie dotyczył wykładni art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2021 r., poz. 423 ze zm.; dalej: „ustawa systemowa”) i związanej z nią oceny, czy od 1 grudnia 2015 r. ustało dobrowolne ubezpieczenie chorobowe odwołującej się.

Sąd Apelacyjny przypomniał w związku z 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 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.

Sąd Apelacyjny, za wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 18 kwietnia 2012 r., II UK 188/11 (LEX nr 1217208), przyjął, że użyte w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej określenie „składka należna” 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 miało to miejsce w niniejszej sprawie) 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 Apelacyjny zauważył, że w uzasadnieniu wyroku Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 2015 r., II UK 443/14 (LEX nr 1962525) zaprezentowano odmienny pogląd w rozstrzyganej kwestii, a mianowicie, że tylko zaniechanie zapłaty całej składki w terminie wyraża wolę zaprzestania podlegania ubezpieczeniu, gdyż 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. Sąd Apelacyjny podkreślił jednak, że art. 14 ust. 2 ustawy systemowej zawiera trzy odrębne podstawy ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, przy czym tylko przyczynę określoną 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 niekontynuowania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. 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. Element woli ubezpieczonego w sytuacji braku opłacenia składki nie może więc decydować o ustaniu bądź nieustaniu ubezpieczenia. Ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w okolicznościach wymienionych 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.

Sąd Apelacyjny stwierdził, że ustawodawca dość rygorystycznie traktuje obowiązek terminowego i w należytej wysokości opłacania składek na to ubezpieczenie. Z jego woli 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) przewidziano w

„uzasadnionych” sytuacjach możliwość wyrażenia zgody przez Zakład na opłacenie składki po terminie (w tym również brakującej części składki).

Biorąc za podstawę przedstawiony wyżej kierunek wykładni, Sąd drugiej instancji podkreślił, że, jak wynika z ustaleń faktycznych, organ rentowy pismem z dnia 9 lutego 2016 r. nie wyraził zgody na opłacenie należnej składki po terminie, uznając, że nie występują w sprawie uzasadnione okoliczności przemawiające za uwzględnieniem takiego wniosku. Podkreślił, że w orzecznictwie najczęściej przyjmuje się, że przesłanki wyrażenia przez organ rentowy zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie stanowią okoliczności związane z przebiegiem samego ubezpieczenia oraz przyczynami uchybienia owego terminu. Oceniając te okoliczności, Sąd Apelacyjny uznał, że nie było podstaw do wyrażenia zgody na opłacenie składki 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 mu naruszenie prawa materialnego, 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 nieopłaceniem w terminie składki należnej na to ubezpieczenie,

- „uzasadniony przypadek” nie obejmuje sytuacji, gdy 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 ubezpieczona 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) błędną wykładnię art. 429 k.c., przez 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 uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Apelacyjnemu w [...] do ponownego rozpoznania oraz orzeczenie o kosztach procesu z uwzględnieniem kosztów dotychczasowego postępowania wraz z rozstrzygnięciem o kosztach postępowania kasacyjnego.

II.

Sąd Najwyższy w składzie zwykłym zauważył, że art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej był już przedmiotem wykładni Sądu Najwyższego. W powołanym przez Sąd drugiej instancji wyroku z dnia 18 kwietnia 2012 r., II UK 188/11, Sąd Najwyższy przypomniał, że problem (wykładni powołanego przepisu) ujawnił się już na początku obowiązywania ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, gdyż niewielka nawet część składki legitymowała do pozostawania w tym ubezpieczeniu, gdy w istocie chodziło o realne opłacanie składek w pełnej wysokości i w terminie, skoro od tego miało zależeć dobrowolne wszak ubezpieczenie chorobowe określonej tylko grupy ubezpieczonych. Przy istniejących wątpliwościach w dniu 30 grudnia 1999 r. nastąpiła zmiana ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych i przyjęto regulację, zgodnie z którą dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie (art. 14 ust. 2 pkt 2). Sąd Najwyższy wyraził w związku z tym 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 pełniej 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). Jest ono także akceptowane w orzecznictwie sądów powszechnych, czego przykładami są między innymi przywołane przez Sąd drugiej instancji wyroki: Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 23 kwietnia 2013 r., III AUa 1067/12 (LEX nr 1313228), Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 8 lutego 2018 r., III AUa 647/17 (LEX nr 2481730), Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 1 grudnia 2016 r., III AUa 329/16 (LEX nr 2193049), Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 10 listopada 2015 r., III AUa 1854/14 (LEX nr 1936806).

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 systemowej 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). Pogląd ten zyskał pełną aprobatę między innymi w wyrokach Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 10 czerwca 2016 r., III AUa 196/16 (LEX nr 2106944) i Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 4 grudnia 2018 r., III AUa 640/18 (LEX nr 2617821).

Zdaniem Sądu Najwyższego, lektura przywołanych wyżej wyroków musi prowadzić do wniosku, że w jego orzecznictwie (a także w orzecznictwie sądów powszechnych) ujawniła się istotna rozbieżność dotycząca wykładni użytego w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej zwrotu „składki należnej na to ubezpieczenie”. Pierwsza z przedstawionych linii orzeczniczych zasadniczo opiera się przy tym na gramatycznej wykładni budzącego wątpliwości zwrotu, co można uznać za stanowisko uzasadnione choćby z tej przyczyny, że faktycznie posłużenie się przez ustawodawcę określeniem „składka należna”, zgodnie z językowym znaczeniem tego pojęcia, powinno być traktowane jako składka, która się należy, a zatem składka ustalona we właściwej, wynikającej z ustawy wysokości. Należność

bowiem to kwota, suma, którą należy komuś wypłacić, a należny to przysługujący komuś, należący się komuś lub czemuś (por. Słownik języka polskiego, PWN Warszawa 1988, Tom II). Omawiana linia orzecznicza bazuje również na wykładni celowościowej, podkreślając przyczynę zmiany pierwotnego brzmienia art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, budzącego właśnie uzasadnione wątpliwości w sytuacjach, w których składka została opłacona w terminie, ale w nieprawidłowej wysokości. Jest to widoczne zwłaszcza w pierwszym z powołanych wyżej wyroków, w którym słusznie podnosi się, że „na początku obowiązywania ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (...) niewielka nawet część składki legitymowała do pozostawania w tym ubezpieczeniu”. Sąd Najwyższy przypomniał, że przed zmianą powołany przepis stanowił, że dobrowolne ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe ustają z powodu nieopłacenia składek należnych za jeden pełny miesiąc; a w uzasadnionych przypadkach, na wniosek zainteresowanego, Zakład Ubezpieczeń Społecznych może przywrócić termin do opłacenia składki. Dokonując jego wykładni, Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00 (przywołanym zresztą w wyrokach z dnia 8 grudnia 2015 r., II UK 443/14 i z dnia 23 stycznia 2020 r., I UK 342/18 dla potwierdzenia wyrażonego w nich poglądu) wyjaśnił z kolei, że opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenia społeczne w niepełnej wysokości (...) nie jest równoznaczne z ich nieopłaceniem za jeden pełny miesiąc, skoro opłacenie składki w zaniżonej wysokości nie kwalifikuje się jako jej nieopłacenie za jeden pełny miesiąc oraz dodał, że opłacanie składek na ubezpieczenia społeczne w zaniżonej wysokości nie powoduje ustania stosunków ubezpieczenia społecznego, ale jest zagrożone możliwością zastosowania przez organ ubezpieczeń społecznych dodatkowej opłaty sankcyjnej w wysokości 100% nieopłaconych składek, a ponadto wszelkie nieopłacone w terminie należności z tytułu składek wraz z odsetkami za zwłokę, kosztami egzekucyjnymi, dodatkową opłatą i opłatą prolongacyjną podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji lub egzekucji sądowej.

Sąd Najwyższy podkreślił także, że w ramach tej linii orzecznictwa (pierwszej z przedstawionych) akcentuje się znaczenie końcowej części omawianego przepisu, która stanowi, że „w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie”,

podnosząc, że wyrażenie przez organ rentowy zgody na opłacenie składki po terminie sprawia, że dobrowolne ubezpieczenie nie ustaje oraz nawiązując do uchwały z dnia stycznia 2007 r., I UZP 6/06 (OSNP 2007 nr 13-14, poz. 197), w której przyjęto, 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. Przewidziana w końcowej części art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej instytucja wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie (w tym opłacenie po terminie brakującej części składki), której prawidłowość zastosowania przez organ rentowy podlega kontroli sądowej, potwierdza (systemowo) wynik językowej wykładni zwrotu „składka należna”.

Sąd Najwyższy podkreślił, że druga z opisanych linii orzeczniczych nawiązuje z kolei do sfery psychicznej ubezpieczonego, który opłacając składkę na ubezpieczenie chorobowe wprowadzie w terminie, ale w niewłaściwej (zaniżonej) wysokości wyraża w ten sposób wolę dalszego podlegania temu ubezpieczeniu. Zdaniem Sądu Najwyższego, za takim sposobem rozumienia art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej może przemawiać i to, że podleganie ubezpieczeniu chorobowemu przez osoby wymienione w art. 11 ust. 2 tej ustawy (w tym osoby prowadzące pozarolniczą działalność) ma wyłącznie dobrowolny charakter, a zatem również uzależnione jest od woli samego ubezpieczonego. Dlatego, jeśli zgłosił się on do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, co wymaga przecież złożenia stosownego wniosku (por. między innymi wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 marca 2012 r., I UK 339/11, OSNP 2013 nr 5-6, poz. 68), to terminowe opłacanie przez niego składek choćby w niższej niż należna wysokości w dalszym ciągu będzie potwierdzać wolę podlegania temu ubezpieczeniu. Taki sposób interpretacji pozostaje zaś, jak się zdaje, w zgodzie z systemowymi oraz funkcjonalnymi regułami wykładni.

Sąd Najwyższy stwierdził, że ujawniona i opisana rozbieżność w jego dotychczasowym orzecznictwie sprawia, że w sprawie występuje istotne zagadnienie prawne, którego rozstrzygnięcie wymaga udzielenia odpowiedzi na pytanie, 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? Przy czym, w związku z wyłonieniem się tego zagadnienia przy rozpoznawaniu skargi kasacyjnej konieczne jest przedstawienie go do rozstrzygnięcia powiększonemu składowi. Od odpowiedzi na to pytanie w okolicznościach faktycznych sprawy zależy bowiem ocena, czy skarżąca, opłacając w terminie zaniżoną składkę na ubezpieczenie chorobowe, nadal podlegała temu ubezpieczeniu, czy też przeciwnie, jej ubezpieczenie ustało wskutek opłacenia zaniżonej składki, co z kolei rodziłoby konieczność przeanalizowania, na ile okoliczność ta stanowiła uzasadniony przypadek potwierdzający potrzebę wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie.

III.

Sąd Najwyższy w składzie powiększonym zważył, co następuje:

Zgodnie z pierwotnym brzmieniem art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, *„Ubezpieczenie emerytalne i rentowe oraz chorobowe, o których mowa w ust. 1 (tj. ubezpieczenia dobrowolne), ustają: 2) z powodu nieopłacenia składek na te ubezpieczenia należnych za jeden pełny miesiąc, w uzasadnionych przypadkach, na wniosek zainteresowanego, Zakład może przywrócić termin do opłacenia składki”* (ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych; Dz.U. Nr 137, poz. 887, w brzmieniu obowiązującym od 1 stycznia 1999 r. do 30 grudnia 1999 r.).

Na skutek wejścia w życie ustawy z dnia 23 grudnia 1999 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 110, poz. 1256), z dniem 30 grudnia 1999 r., art. 14 ust. 2 pkt 2 otrzymał brzmienie: *„Ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe, o których mowa w ust. 1 (tj. ubezpieczenia dobrowolne), 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”.

Artykuł 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej został uchylony z dniem 1 stycznia 2022 r. (zob. 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. 2021 r., poz. 1621: dalej „ustawa nowelizująca”). Zgodnie z nowym brzmieniem art. 14 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych *„Ubezpieczenie emerytalne i rentowe oraz chorobowe, o których mowa w ust. 1 (tj. dobrowolne), ustają: 1) od dnia wskazanego w zgłoszeniu wyrejestrowania, o którym mowa w art. 36 ust. 11 albo 14, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym zgłoszenie zostało złożone w Zakładzie; 2) uchylony, 3) od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom”.* Nowe brzmienie uzyskał także art. 14 ust. 2a i zgodnie z nim, *w okresie od dnia objęcia dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi albo chorobowym do dnia ich ustania płatnik składek jest obowiązany do rozliczania i opłacania składek za każdy miesiąc trwania tych ubezpieczeń.*

Z analizy orzeczeń, w których Sąd Najwyższy wprost odniósł się do problemu zastosowania skutków przewidzianych w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej wynika, że dominujące jest stanowisko, zgodnie z którym przepis ten znajduje zastosowanie również w przypadku opłacenia składki w terminie, ale w wysokości niższej niż należna.

Ten kierunek wykładni zapoczątkował przywołany w postanowieniu wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 kwietnia 2021 r., II UK 188/11. Główny argument opierał się na wnioskach wynikających w wykładni językowej przepisu, to jest użycia przez ustawodawcę słowa „należna” dla określenia składki. Określenie „składka należna” nie jest w ocenie Sądu przypadkowe, gdyż odnoszący się do składki przymiotnik oznacza, że chodzi o należną składkę, czyli pełną składkę, a więc nie wystarcza jej część. Przywołując wątpliwości, jakie powstały przed nowelizacją tego przepisu z dniem 30 grudnia 1999 r. oraz zmianę wprowadzoną tą nowelą – określenie daty ustania ubezpieczenia, Sąd Najwyższy wyjaśnił, że celem tego przepisu jest realne opłacanie składek w pełnej wysokości i w terminie oraz że są to okoliczności, od których ma zależeć dobrowolne ubezpieczenie chorobowe

określonej tylko grupy ubezpieczonych. Stanowisko to zostało zaakceptowane w postanowieniu Sądu Najwyższego z dnia 11 grudnia 2012 r., I UK 488/12 (LEX nr 1675112). Sąd odmówił przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania, w której wniosek o przyjęcie jej do rozpoznania oparto na przesłance występowania w sprawie zagadnienia prawnego o treści, czy art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej należy rozumieć w ten sposób, że ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego następuje od pierwszego miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w pełnej wysokości i w terminie składki należnej na to ubezpieczenie czy też opłacenie składki w terminie, ale w niepełnej wysokości nie powoduje ustania *ex lege* dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Sąd Najwyższy, wskazując na wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 kwietnia 2011 r., II UK 188/11, podkreślił, 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. W konsekwencji uznał, że wskazane zagadnienie prawne zostało już rozstrzygnięte w orzecznictwie Sądu Najwyższego i nie zachodzą żadne okoliczności, które mogłyby prowadzić do zmiany przyjętego stanowiska.

Powyższa wykładnia art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej została również zaakceptowana w orzecznictwie sądów powszechnych (zob. przykładowo wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 4 września 2012 r., III AUa 409/12, LEX nr 1217662; wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 23 kwietnia 2013 r., III AUa 1067/12, LEX nr 1313228; wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 11 czerwca 2015 r., III AUa 921/14, LEX nr 1755232; wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 26 kwietnia 2016 r., III AUa 2058/15, LEX nr 2044394; wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 8 lutego 2018 r., III AUa 647/17, LEX nr 2481730; wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 16 maja 2019 r., III AUa 104/17, LEX nr 2686497).

Na ten kierunek wykładni wskazuje również doktryna (zob. K. Kwapisz, Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych. Komentarz, Lexis Nexis 2013, LEX wydanie elektroniczne, komentarz do art. 14, pkt 2; P. Kostrzewa, Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych. Komentarz, LEX wydanie elektroniczne 2014, komentarz do art. 14, pkt 4; A. Radziśław (w: Ustawa o systemie ubezpieczeń

społecznych. Komentarz, red. J. Wantoch-Rekowski, LEX 2015 wydanie elektroniczne, komentarz do art. 14, pkt 6).

Wykładnię, zgodnie z którą w pojęciu „nieopłacenie w terminie składki należnej na ubezpieczenie” mieści się również sytuacja opłacenia składki w terminie, ale w niepełnej wysokości przyjęto w kolejnych orzeczeniach Sądu Najwyższego, bez wskazywania jakichkolwiek wątpliwości i przedstawienia argumentacji innej niż wynikająca z wykładni językowej art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej (zob. wyroki Sądu Najwyższego: 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).

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, a następnie powtórzone w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 23 stycznia 2020 r., I UK 342/18. W obu wyrokach argumentacja Sądu Najwyższego odwołuje się do istoty dobrowolnego ubezpieczenia społecznego, a mianowicie, że powstaje ono na skutek wyrażenia przez uprawniony podmiot woli podlegania ubezpieczeniu ujawnionej we wniosku o objęcie ubezpieczeniem. Ustanie dobrowolnego ubezpieczenia następuje na skutek upadku tytułu podlegania ubezpieczeniu, ale też – właśnie ze względu na jego dobrowolność – może być konsekwencją działania samego ubezpieczonego. Sąd Najwyższy (w ostatnio powołanych wyrokach) wskazał, że ustawa systemowa przewiduje ustanie ubezpieczenia w związku z zaprzestaniem opłacania składek powiązanego z wnioskiem o wyłączenie z ubezpieczenia oraz *ex lege* wskutek samego tylko nieopłacenia składki w terminie. Stwierdził, że jeżeli nie ma wątpliwości, że ubezpieczenie ustaje zawsze, gdy składka nie jest opłacona, to wskazuje to na konieczność dokonania oceny, czy przyczyna ustania ubezpieczenia leży w niezasileniu funduszu ubezpieczeniowego, w wywołaniu w nim braku, czy jest wynikiem woli osoby ubezpieczonej jako rezygnacji z ubezpieczenia. Za przeważającą, w ocenie Sądu Najwyższego, trzeba przyjąć wolę ubezpieczonego. Brak składki wpływa na prawo do świadczeń przyszłych, tymczasem opłacenie składki stwarza domniemanie woli powstania i trwania ubezpieczenia dobrowolnego.

Zdaniem Sądu Najwyższego, zaprzestanie opłacania składek należy potraktować jako wyraz dorozumianego wystąpienia z ubezpieczenia *a contrario*, gdy przystąpienie do opłacania składek uważa się za dorozumiane złożenie wniosku o objęcie ubezpieczeniem dobrowolnym – w tym kontekście Sąd wskazał na wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 27 czerwca 2001 r., II UKN 439/00 (OSNP 2003 nr 7, poz. 181), z dnia 3 lutego 1989 r., II URN 299/99 (niepubl.) oraz z dnia 16 sierpnia 2005 r., I UK 376/04 (OSNP 2006 nr 11-12, poz. 195). Skoro ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego wiąże się z elementem woli ubezpieczonego co do trwania ubezpieczenia, która jest podstawą ubezpieczenia, za co najmniej wątpliwe Sąd Najwyższy uznał traktowanie – jako podstawy ustania ubezpieczenia dobrowolnego *ex lege* – opłacenia w terminie tylko części należnej składki. Dlatego też 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 Najwyższy wskazał również na potrzebę oceny okoliczności ustalonych w sprawie (opłacenie składki we właściwym czasie i formie, a tylko z błędem w wyliczeniu należnej kwoty) z perspektywy art. 60 i 65 k.c., argumentując, że (w tamtej sprawie) ubezpieczona swoim zachowaniem nie wyraziła w sposób dostateczny woli dokonania czynności prawnej przypisanej jej przez organ rentowy (wyłączenie z ubezpieczenia chorobowego). Jej zachowanie, zdaniem Sądu Najwyższego, wskazywało na zamiar osiągnięcia innego skutku, co wprost uzewnętrżniła, wnosząc o zezwolenie na późniejsze opłacenie (uzupełnienie) składki.

Powyższe stanowisko jest również prezentowane w orzecznictwie sądów powszechnych (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 11 października 2016 r., III AUa 1923/15, LEX nr 2157872; wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z 19 października 2017 r., III AUa 520/17, LEX nr 2427756; wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 4 grudnia 2018 r., III AUa 640/18, LEX nr 2617821; wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 22 grudnia 2020 r., III AUa 373/20, LEX nr 3166335).

IV.

Należy zwrócić uwagę, że w pierwszym (przedstawianym) stanowisku wykładnia koncentruje się wokół pojęcia „składki należnej”, w drugim natomiast na pierwszy plan wysuwa się wola (dorożumiana) ubezpieczonego podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu potwierdzona opłacaniem składki, choć nie w pełnej (należnej) wysokości.

Zgodzić się należy z poglądem, 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 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.

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 (zob. wyrok powołany wcześniej Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 16 maja 2019 r., III AUa 104/17). 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 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 (zob. 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, pomimo 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).

Zestawienie okoliczności skutkujących ustaniem ubezpieczenia, wskazanych odpowiednio w art. 14 ust. 2 pkt 1 oraz 2 ustawy systemowej, uwidacznia, że tylko pierwsza z nich odwołuje się do woli ubezpieczonego, regulując też sposób uzewnętrznienia woli ubezpieczonego co do rezygnacji z ubezpieczenia społecznego (wniosek o wyłączenie z ubezpieczenia). W przypadku drugiej, nie ma żadnego znaczenia wola ubezpieczonego, ponieważ decyduje sam fakt nieopłacenia w terminie składki należnej na to ubezpieczenie.

Brak możliwości oparcia się na woli ubezpieczonego wyrażonej w sposób dorozumiany wynika także z innych wypowiedzi Sądu Najwyższego, a dotyczących konieczności złożenia pisemnego wniosku o ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym osób prowadzących pozarolniczą działalność

gospodarczą po ustaniu tytułu podlegania temu ubezpieczeniu oraz odrzucającymi możliwość złożenia dorozumianego oświadczenia zainteresowanego o objęcie go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym przez opłacenie składki (zob. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00, OSNP 2003 nr 10, poz. 257; z dnia 28 listopada 2002 r., II UK 93/02, LEX nr 577471; z dnia 24 kwietnia 2008 r., II UK 245/07, OSNP 2009 nr 15-16, poz. 210; z dnia 22 lipca 2009 r., I UK 70/09, LEX nr 529763; z dnia 29 marca 2012 r., I UK 339/11, OSNP 2013 nr 5-6, poz. 68; z dnia 6 września 2012 r., II UK 36/12, LEX nr 1218196; z dnia 26 listopada 2014 r., II UK 56/14; OSNP 2016 nr 6, poz. 75; z dnia 9 lipca 2015 r., I UK 376/14, OSNP 2017 nr 6, poz. 72; z dnia 19 kwietnia 2018 r., I UK 90/17, LEX nr 2553829; a także postanowienie z dnia 7 marca 2018 r., I UK 189/17, LEX nr 2486873). W orzeczeniach tych Sąd Najwyższy podkreślił, że do stosunków ubezpieczenia społecznego - jako stosunków regulowanych prawem publicznym - nie ma zastosowania art. 60 k.c., zgodnie z którym wola osoby dokonującej czynności prawnej może być wyrażona przez każde zachowanie się tej osoby, które ujawnia jej wolę w sposób dostateczny. Sformułowany w powołanych wyżej orzeczeniach argument dotyczący braku podstaw do stosowania prywatnoprawnej konstrukcji oświadczeń woli do zachowań ubezpieczonego, aby nadać im moc wywoływania skutków prawnych w zakresie ubezpieczeń społecznych, ma charakter ogólny. Argument ten przemawia przeciwko doszukiwaniu się w zachowaniu ubezpieczonego, polegającym na opłaceniu w terminie części należnej składki, oświadczenia woli ubezpieczonego wywołującego skutek prawny w postaci kontynuacji ubezpieczenia dobrowolnego, pomimo związania przez ustawodawcę ustania dobrowolnego ubezpieczenia z nienależytym wykonaniem obowiązku zapłaty składek należnych na to ubezpieczenie. Przywołane wyżej wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 27 czerwca 2001 r., II UKN 439/00 oraz z dnia 3 lutego 1989 r., II URN 299/99 wyrażają zatem odosobniony pogląd w tej kwestii.

Wreszcie należy wskazać na przyczynę zmiany pierwotnego brzmienia art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej. Przypomnieć należy, że przed zmianą powołany przepis stanowił, że dobrowolne ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe ustają z powodu nieopłacenia składek należnych za jeden pełny

miesiąc; a w uzasadnionych przypadkach, na wniosek zainteresowanego, Zakład Ubezpieczeń Społecznych może przywrócić termin do opłacenia składki. W wyroku z dnia 18 kwietnia 2012 r., II UK 188/11, słusznie podnosi się, że „na początku obowiązywania ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (...) niewielka nawet część składki legitymowała do pozostawania w tym ubezpieczeniu” (zob. także wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00, OSNAPiUS 2003 nr 10, poz. 257). Zatem pierwsza nowelizacja tego przepisu i zastąpienie zwrotu: „ustają z powodu nieopłacenia składek należnych za jeden pełny miesiąc” zwrotem: „ustają (...) od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie” oznacza jego jakościową zmianę i odejście od rozwiązania, w którym nieopłacenie składki w części nie powodowało ustania ubezpieczenia.

V.

Należy zwrócić uwagę, że wykładnia obowiązującego do 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 ubezpieczenie. Fakultatywne ubezpieczenie uzależnione było od opłacania składki i w związku z tym nie istniał mechanizm umożliwiający jej przymusowe ściągnięcie. W związku z tym poglądy (do których odwołano się w przywołanym wyżej wyroku Sądu Najwyższego z dnia 23 stycznia 2020 r., I UK 342/18 oraz wynikające z wyroku Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00), że opłacenie składki w niepełnej wysokości (na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe) może być ewentualnie podstawą do stosowania przez organ rentowy sankcji określonych w art. 24 ustawy, tj. do naliczenia odsetek za zwłokę, kosztów egzekucyjnych, kosztów upomnienia i dodatkowej opłaty i ściągnięciu ich wraz z brakującą częścią składki w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji lub egzekucji sądowej, nie miało podstawy prawnej. Wprawdzie w

przepisie tym (art. 24 ustawy systemowej) nie mówi się wprost o składkach na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne, ale jest oczywiste, że przymus opłacenia składek i następnie ich egzekwowanie nie mogą dotyczyć składek, których zaprzestanie opłacania prowadzi do ustania ubezpieczenia. Innymi słowy, sankcja za nieopłacenie składek w postaci ustania ubezpieczenia wyklucza zastosowanie sankcji z art. 24 ustawy systemowej. W tej sytuacji ustawodawca musiałby wprowadzić osobny przepis dający możliwość egzekwowania nieopłaconej części składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe albo przepis uzależniający wypłatę świadczenia z tego ubezpieczenia od uzupełnienia brakującej części składki, czego do nowelizacji (do 31 grudnia 2021 r.) ustawa systemowa nie przewidywała.

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; jednolity tekst: Dz.U. z 2021 r., poz. 1133 ze zm.) uzależniała prawo do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego od pozostawania w tym ubezpieczeniu. Zgodnie bowiem z art. 1 tej ustawy, świadczenia pieniężne na warunkach i w wysokości określonych ustawą przysługują osobom objętym ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa.

W aktualnym brzmieniu art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej ustanie dobrowolnego ubezpieczenia powiązано 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. Aktualna filozofia podlegania dobrowolnym ubezpieczeniom społecznym tę dobrowolność odnosi do przystąpienia do ubezpieczenia, ale już z przystąpieniem wiąże konsekwencje w postaci przymusu opłacania składki - aż do rezygnacji z ubezpieczenia (wyrejestrowania się). Obecne rozwiązanie daje więc

podstawy do stosowania instrumentów z art. 24 ustawy systemowej, a więc do wyegzekwowania nieopłaconej części składki. Co więcej, znowelizowana (od 1 stycznia 2022 r.) treść art. 24 ust. 2 ustawy systemowej pozwala nie tylko na ściągnięcie należności w drodze egzekucji administracyjnej czy sądowej, ale także na ich potrącenie ze świadczeń wypłacanych przez Zakład.

W konkluzji, gdyby w poprzednim stanie prawnym przyjąć, że opłacenie składki na ubezpieczenie społeczne w zaniżonej wysokości nie prowadzi do jego ustania, to wiązałoby się to z wypłatą świadczeń z tego ubezpieczenia niezależnie od uzupełnienia/opłacenia brakującej części składki. Przy braku dobrej woli ubezpieczonego, organ rentowy nie miałby możliwości wyegzekwowania ani należnej części składki, ani odsetek, ani opłaty dodatkowej, a i tak byłby zobowiązany do wypłaty świadczenia (zasiłku) w pełnej wysokości, ponieważ wysokość ta nie jest wypadkową kwoty składki, ale podstawę wymiaru zasiłku stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie pracownika lub przeciętny miesięczny przychód ubezpieczonego niebędącego pracownikiem (odpowiednio art. 36 i art. 48 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa).

Także w ustawie o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, do dodania ustawą zmieniającą art. 2a (od 1 stycznia 2022 r.), nie istniał mechanizm blokujący wypłatę świadczeń w przypadku istnienia zaległości składowych. Obecnie natomiast przepis ten (art. 2a ust. 1) przewiduje, że: „Świadczenia, o których mowa w art. 2 pkt 1, 2, 5 i 6, nie przysługują osobom prowadzącym pozarolniczą działalność i osobom z nimi współpracującym, osobom współpracującym z osobami fizycznymi, o których mowa w art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2021 r., poz. 162), duchownym będącym płatnikami składek na własne ubezpieczenia, w razie wystąpienia w dniu powstania prawa do świadczenia zadłużenia z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne na kwotę przekraczającą 1% minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego na podstawie odrębnych przepisów, do czasu spłaty całości zadłużenia”.

Zmianę filozofii potwierdza uzasadnienie projektu ustawy z dnia 24 czerwca 2021 r., zgodnie z którym celem nowelizacji jest rezygnacja z instytucji ustawiania z

mocy ustawy dobrowolnych ubezpieczeń społecznych, w efekcie czego w okresie od dnia przystąpienia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego do dnia złożenia wniosku o wyrejestrowanie z tego ubezpieczenia składki na to ubezpieczenie będą należne i dochodzone przymusowo. Wyjaśniono w nim, że zmiana ta doprowadzi do dużego uproszczenia zasad polegania ubezpieczeniu chorobowemu osób prowadzących pozarolniczą działalność, ponieważ nie będą one musiały składać wniosków o przywrócenie terminu na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w przypadku jej nieterminowego opłacenia lub opłacenia w zaniżonej wysokości (zob. pkt II.2 *uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych ustaw, druk sejmu IX kadencji, nr 1188*).

VI.

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.

Przedstawione stanowisko nie stoi w opozycji do wniosków wynikających z wykładni językowej art. 14 ust. 2 ustawy systemowej oraz z wykładni historyczno-porównawczej przepisów ubezpieczeń społecznych.

VII.

Na koniec, nie można nie zauważyć, że z jednej strony, wprowadzenie warunku objęcia ubezpieczeniem chorobowym w postaci złożenia stosownego wniosku i z drugiej, uzależnienie bytu tego ubezpieczenia od opłacenia składki w pełnej (należnej) wysokości może prowadzić do sytuacji, że nawet jeden drobny błąd (np. zaniżenie składki o kilka złotych) ubezpieczonego (zawiniony czy niezawiniony), popełniony w odległej przeszłości w trakcie wieloletniego opłacania składek na ubezpieczenie chorobowe, może spowodować brak prawa do zasiłku. Rozwiązanie to można by uznać za zbyt restrykcyjne, gdyby ustawa systemowa nie przewidywała instrumentu łagodzącego rygoryzm (automatyzm) prawa w postaci możliwości wyrażenia przez organ rentowy zgody na opłacenie składki po terminie.

Zgodnie z art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej (w uprzednim brzmieniu), „w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie”. Przesądzone zostało w powołanej wyżej uchwale Sądu Najwyższego z dnia 8 stycznia 2007 r., I UZP 6/06, 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 poprzednim (a zarazem aktualnym w sprawie) stanie prawnym ubezpieczony miał zatem gwarancję, że w razie odmowy wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie, będzie mógł tę decyzję poddać kontroli sądowej, co ma istotne znaczenie wobec posłużenia się przez ustawodawcę zwrotem niedookreślonym – „w uzasadnionych przypadkach”.

Należy też zwrócić uwagę, że w orzecznictwie Sądu Najwyższego ukształtował się pogląd, że przy badaniu podstaw do przywrócenia terminu do opłacenia składki na ubezpieczenie chorobowe niewątpliwie należy brać (także)

pod uwagę przebieg samego ubezpieczenia chorobowego. 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 żądania płatnika składek (tak w przywołanym wyżej wyroku Sądu Najwyższego z dnia 13 kwietnia 2017 r., I UK 144/16, oraz w wyrokach Sądu Najwyższego z 6 sierpnia 2015 r., III UK 233/14, LEX nr 1784526 i z dnia 19 stycznia 2016 r., I UK 35/15, LEX nr 2004234).

Z tych względów Sąd Najwyższy podjął uchwałę o treści wyrażonej w sentencji.

a.s.