

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 7 września 2022r.

Sąd Okręgowy w Suwałkach III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

<b>Przewodniczący:</b>	<b>sędzia Danuta Poniatowska</b>
<b>Protokolant:</b>	<b>Marta Majewska-Wronowska</b>

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 30 sierpnia 2022r. w Suwałkach

sprawy **S. P.**

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O.

o ustalenie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu

w związku z odwołaniem S. P.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O.

z dnia 27 grudnia 2021 r. znak (...)

- zmienia zaskarżoną decyzję i stwierdza, że S. P., jako prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, podlega od 1 grudnia 2020r. do 30 czerwca 2021r. dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu;**
- zasądza od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O. na rzecz S. P. 180 (sto osiemdziesiąt) złotych z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia uprawomocnienia się wyroku do dnia zapłaty tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.**

## UZASADNIENIE

Decyzją z 27.12.2021 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O. działając na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 1, art.11 ust. 2, art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 423 ze zm.) stwierdził, że S. P., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 1.12.2020 r. do 30.06.2021 r.

W uzasadnieniu decyzji wskazano, że S. P., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, jest zgłoszona do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 1.10.2013 r. Na podstawie złożonych dokumentów rozliczeniowych, organ rentowy stwierdził, że 5.02.2021 r. S. P. złożyła korektę deklaracji rozliczeniowej za grudzień 2020 r. z niewłaściwą (za małą) podstawą wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne. Prawidłowa korekta deklaracji rozliczeniowej została złożona 24.09.2021 r. Wnioski o wyrażenie zgody na opłacenie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie zostały załatwione negatywnie.

Odwołanie od tej decyzji złożyła S. P., domagając się ustalenia, że od 1.12.2020 r. do 30.06.2021 r. podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O. wniósł o jego oddalenie i podtrzymał podstawy skarżonej decyzji.

### ***Sąd ustalił, co następuje:***

Zaskarżoną decyzją Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O. Inspektorat w E. ustalił, że S. P., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 1.12.2020 r. do 30.06.2021 r.

S. P., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, jest zgłoszona do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 1.10.2013 r.

Deklaracja rozliczeniowa za grudzień 2020 r. została złożona przez biuro (...), prowadzącego sprawy finansowe i kadrowe S. P., terminowo i opłacona w wysokości (...) Pełna wysokość składki za ten miesiąc powinna wynosić (...) zł, ale na koncie ubezpieczonej była nadpłata i system powinien przyjąć pełną wpłatę wynikającą z deklaracji. Przed ustaleniem wysokości wpłaty, C. S. sprawdzał w systemie ZUS salda kont i ustalił wysokość składek do zapłaty, o czym poinformował zobowiązaną. Składki za grudzień były opłacone w styczniu, w terminie, w pełnej wysokości (po uwzględnieniu występującej nadpłaty), wraz z ubezpieczeniem chorobowym (wydruki z platformy usług elektronicznych ZUS k.15-16, zeznania świadka C. S. k. 41-42).

W grudniu 2020 r. S. P. była niezdolna do pracy z powodu choroby od 3.12.2020 r. (druk ZUS ZLA k. 17 odw.). W związku z tym, że wypłacone zostało świadczenie chorobowe, biuro rachunkowe 5.02.2021 r. złożyło korektę deklaracji rozliczeniowej. W korekcie deklaracji omyłkowo wpisano, że ubezpieczona jest na zwolnieniu lekarskim od 1.12.2020 r., zamiast prawidłowej daty od 3.12.2020 r. We wrześniu 2021 r. okazało się (po informacji z ZUS), że w korekcie deklaracji błędnie wskazano początek zwolnienia lekarskiego. Po uzyskaniu tej informacji, ponownie dokonano korekty deklaracji - 24.09.2021 r. S. P. nie zamierzała zrezygnować z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Jeśli miałyby taki zamiar, złożyłaby dokument ZWUA, nie zapłaciłaby też wszystkich składek.

S. P. dwukrotnie składała wnioski o wyrażenie zgody na opłacenie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie, wskazując na to, że pierwotnie składka była opłacona w należytej wysokości. Ponadto również po korekcie nie występowało na jej koncie zadłużenie. Wnioski te zostały załatwione negatywnie (decyzje z 28.10.2021 r. i 23.11.2021 r.). W uzasadnieniu wskazano, że nie wystąpiły żadne „szczególne okoliczności”, przemawiające za pozytywnym rozpatrzeniem.

Spór w niniejszej sprawie dotyczył tego, czy składka na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe S. P. za grudzień 2020 r. została opłacona w zaniżonej wysokości, co stanowi przypadek nieopłacenia w terminie składki należnej na ubezpieczenie, o którym mowa w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej. Ponadto rozważeniu podlegała zasadność odmowy przez organ rentowy wyrażenia zgody na opłacenie składki na ubezpieczenie chorobowe po terminie.

### ***Sąd zważył, co następuje:***

Zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 423 ze zm.) – zwanej dalej ustawą systemową, 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, który przewiduje, że 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 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia). Z kolei art. 14 ust. 2 ustawy systemowej (w brzmieniu na datę wystąpienia zdarzenia) stanowi, że dobrowolne 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.

Jednocześnie w uzasadnionych przypadkach Zakład Ubezpieczeń Społecznych może, na wniosek ubezpieczonego, wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie.

Przystąpienie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, jest obwarowane określonym formalizmem, a ochrona wymienionego wyżej ryzyka jest dobrowolna. Podstawowym warunkiem uzyskania ochrony jest terminowe opłacanie składek należnych na to ubezpieczenie. 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. Skutki uchybienia przedmiotowym obowiązkom prowadzą do ustania ubezpieczenia, a tym samym podmiot oczekujący świadczeń (np. zasiłku chorobowego, zasiłku macierzyńskiego) jest obligowany do opłacania składki na to ubezpieczenie w terminie i we właściwej (należnej) wysokości. Zaistnienie którejkolwiek z opisanych wyżej sytuacji powoduje - z mocy art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej - ustanie tego ubezpieczenia. Ubezpieczenie to wygasa nawet w sytuacji, gdy osoba zobowiązana nie ponosi winy za nieopłacenie składki.

W ocenie Sądu, w niniejszej sprawie nie mamy do czynienia z żadną z wymienionych w tym przepisie sytuacji. Z uwagi na występującą na koncie ubezpieczonej nadpłatę składek, możemy mówić jedynie o błędnie złożonej 5.02.2021 r. korekcie deklaracji rozliczeniowej. Powodowało to z pewnością błędne rozliczenie przez system należnych składek, ale nie wiązało się z faktycznym opłaceniem składek, gdyż cały czas na koncie ubezpieczonej figurowała nadpłata.

Wykładnia art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej była wielokrotnie przedmiotem rozważań Sądu Najwyższego, które nie zawsze prowadziły do tych samych wniosków. Stanowisko zostało ujednolicone w najnowszej uchwale Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego z 10.02.2022 r. sygn. akt III UZP 10/21, w której przyjęto, że 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 - t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 423 ze zm., w brzmieniu obowiązującym przed 1 stycznia 2022 r.).

W obszernym uzasadnieniu Sąd Najwyższy zwrócił uwagę, że w dotychczasowym orzecznictwie wykładnia sprowadza się do dwóch kierunków: w pierwszym stanowisku wykładnia koncentruje się wokół pojęcia „składki należnej”, w drugim natomiast na pierwszy plan wysuwa się wola (dorozumiana) ubezpieczonego podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu potwierdzona opłacaniem składki, choć nie w pełnej (należnej) wysokości.

W ocenie Sądu Najwyższego, wyrażonej w cytowanej uchwale, 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. 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. 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. Uzewnętrznieniem woli kontynuacji ubezpieczenia jest bowiem 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.

W uzasadnieniu cytowanej uchwały, Sąd Najwyższy wskazał też na przyczynę zmiany pierwotnego brzmienia art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej. 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. Sąd Najwyższy zwrócił 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 siedł w parze z przymusem (obowiązkiem) ubezpieczenia, natomiast nie było obowiązku opłacania składek na dobrowolne ubezpieczenia. Fakultatywne ubezpieczenie uzależnione było od opłacania składki i w związku z tym nie istniał mechanizm umożliwiający jej przymusowe ściągnięcie. W związku z tym opłacenie składki w niepełnej wysokości (na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe) nie mogło 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. Jest oczywiste, że przymus opłacenia składek i następnie ich egzekwowanie nie mogą dotyczyć składek, których zaprzestanie opłacania prowadzi do ustania ubezpieczenia. 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; t.j. 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.

Sąd Najwyższy wskazał, że w aktualnym brzmieniu art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej ustanie dobrowolnego ubezpieczenia powiązane 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 Sąd Najwyższy wskazał, że 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 składek. 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).

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.

W ocenie Sąd Okręgowy, obszerne cytaty z uzasadnienia powołanej uchwały Sądu Najwyższego były konieczne, by wykazać, że ani wykładnia językowa, ani tym bardziej celowościowa nie dają podstaw do zastosowania wobec ubezpieczonej sankcji w postaci ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, wynikającej z zastosowania przepisu art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej (w brzmieniu sprzed 1.01.2022 r.). Przepis ten stanowi, że dobrowolne ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe, o których mowa w ust. 1, ustają 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. Należy zwrócić uwagę na to, że **błąd powodujący wyłączenie S. P. z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego nie polegał na opłaceniu zaniżonej składki, ale na złożeniu błędnej korekty deklaracji rozliczeniowej**. W tym czasie na koncie ubezpieczonej cały czas pozostawały w dyspozycji organu rentowego środki finansowe, które pozwalały na pokrycie należności z tytułu składek. Tak więc cel przepisu – zapobieganie wypłaceniu świadczeń w przypadku braku składek, bądź niewielkich składek w stosunku do należnych – nie występował. Ponadto gdyby argumentację organu rentowego uznać za poprawną, ubezpieczona już po złożeniu pierwszej deklaracji opłaciła składki w niewłaściwej wysokości ((...) zł zamiast (...) zł). Nie spowodowało to jednak reakcji organu rentowego. Składka jako zaniżona została uznana dopiero po korekcie deklaracji w lutym 2021 r. Z korektą tą nie wiązało się jednak faktyczne opłacenie składki, a jedynie „przemieszczenie” środków na poszczególnych kontach ubezpieczonej w ZUS.

W końcowej części uzasadnienia cytowanej uchwały, Sąd Najwyższy zauważył, że wprowadzenie warunku objęcia ubezpieczeniem chorobowym w postaci złożenia stosownego wniosku i 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 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”.

W postanowieniu Sądu Najwyższego z 14 listopada 2007 r., II UK 65/07 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 (por. wyrok Sądu Najwyższego z 13.04.2017 r. sygn. I UK 144/16). Kardynalnego więc znaczenia nabiera dookreślenie okoliczności, które powinny być brane pod uwagę przy rozstrzyganiu określonego stanu faktycznego. Niewątpliwie należy brać 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.

W ocenie Sądu Okręgowego, brak było podstaw do wyłączenia S. P. z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Gdyby jednak to stanowisko nie znalazło aprobaty, należy rozważyć czy organ rentowy nie potraktował wniosków ubezpieczonej o wyrażenie zgody na opłacenie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie zbyt rygorystycznie, odmawiając dwukrotnie udzielenia tej zgody. Wprawdzie błąd powstał w związku z brakiem należytej staranności przy wypełnianiu korekty deklaracji rozliczeniowej, co nie powinno mieć miejsca w działalności profesjonalisty, ale należy zauważyć, co Sąd Okręgowy podnosił już wcześniej, że na koncie ubezpieczonej pozostawały środki – nadpłata składek. Świadczy to o należyтым wypełnianiu obowiązku opłacania składek na ubezpieczenia społeczne. Ponadto organ rentowy dysponował też prawidłowo wystawionym zwolnieniem lekarskim, co umożliwiałoby wychwycenie tego błędu. Tak więc ewidentnie celem ubezpieczonej nie było „oszukanie” Zakładu, co w powiązaniu z nadpłatą na koncie, powinno stanowić dostateczne uzasadnienie do wyrażenia zgody na opłacenie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie.

Mając na uwadze powyższe, na zasadzie art. 477<sup>14</sup> § 2 k.p.c., Sąd orzekł, jak w sentencji wyroku (pkt 1).

O kosztach zastępstwa procesowego orzeczono na podstawie art. 98 § 1 k.p.c., zgodnie z treścią którego strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony. Do niezbędnych kosztów procesu strony reprezentowanej przez fachowego pełnomocnika zalicza się wynagrodzenie, jednak nie wyższe niż stawki opłat określone w odrębnych przepisach i wydatki jednego adwokata, koszty sądowe i koszty nakazanego przez Sąd osobistego stawienia (§ 3 art. 98 k.p.c.). Wysokość stawki minimalnej w sprawach o świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego i zaopatrzenia emerytalnego oraz w sprawach dotyczących podlegania ubezpieczeniom społecznym, zgodnie z § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22.10.2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 265 ze zm.), wynosi 180 zł. (pkt 2 wyroku).