

Sygn. akt III UZP 8/21

UCHWAŁA

składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego

Dnia 20 stycznia 2022 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

Prezes SN Piotr Prusinowski (przewodniczący)
SSN Bohdan Bieniek
SSN Katarzyna Gonera (sprawozdawca, uzasadnienie)
SSN Józef Iwulski
SSN Halina Kiriło (sprawozdawca)
SSN Maciej Pacuda
SSN Krzysztof Staryk

Protokolant Monika Bajkowska
z udziałem prokuratora Andrzeja Niecia delegowanego do
Prokuratury Krajowej

rozpoznał na rozprawie sprawę z odwołania J. D.
od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w G.
o ustalenie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu,
po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Pracy i Ubezpieczeń Społecznych
w dniu 20 stycznia 2022 r., zagadnienia prawnego przedstawionego do
rozstrzygnięcia powiększonemu składowi Sądu Najwyższego postanowieniem
Sądu Najwyższego z dnia 7 października 2021 r., sygn. akt II UZ 8/21:

Czy w sprawach z odwołań od decyzji o niepodleganiu
dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu (art. 11 ust. 2 ustawy z
11 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych;
jednolity tekst: Dz. U. z 2021 r., poz. 423) wartość przedmiotu
zaskarżenia - warunkująca, na podstawie art. 398² § 1 zdanie 2 k.p.c.,
dopuszczalność skargi kasacyjnej - ustalana jest jako suma składek
za sporny okres, nie więcej niż za rok (art. 22 k.p.c.) czy też wartość

ta ma odpowiadać wysokości świadczenia z ubezpieczenia chorobowego?

podjął uchwałę:

W sprawie z odwołania od decyzji organu rentowego o niepodleganiu dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu (art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, jednolity tekst: Dz.U. z 2021 r., poz. 423) wartość przedmiotu zaskarżenia jest ustalana jako suma świadczeń z ubezpieczenia chorobowego za sporny okres, nie więcej niż za rok (art. 22 k.p.c.).

UZASADNIENIE

Sąd Najwyższy w składzie zwykłym przekazał powiększonemu składowi Sądu Najwyższego (postanowieniem z dnia 7 października 2021 r., w sprawie II UZ 8/21) na podstawie art. 398¹⁷ § 1 k.p.c. do rozpoznania zagadnienie prawne, dotyczące tego, czy w sprawach z odwołań od decyzji o niepodleganiu dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu (art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych; jednolity tekst: Dz.U. z 2021 r., poz. 423) wartość przedmiotu zaskarżenia – warunkująca, na podstawie art. 398² § 1 zdanie drugie k.p.c., dopuszczalność skargi kasacyjnej – ustalana jest jako suma składek za sporny okres, nie więcej niż za rok (art. 22 k.p.c.), czy też wartość ta ma odpowiadać wysokości świadczenia z ubezpieczenia chorobowego.

Przedstawione zagadnienie prawne ujawniło się w następującym stanie faktycznym.

Sąd Apelacyjny w [...], wyrokiem z 9 września 2020 r., w sprawie z odwołania ubezpieczonej od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w G. o ustalenie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, oddalił apelację odwołującej się ubezpieczonej od wyroku Sądu Okręgowego w G. z 11 czerwca 2019 r. W skardze kasacyjnej odwołująca się oznaczyła wartość przedmiotu zaskarżenia na kwotę 18.000 zł.

Sąd Apelacyjny z urzędu sprawdził wartość przedmiotu zaskarżenia i ustalił ją na kwotę 130,62 zł jako sumę składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonej za sporny okres (od 1 marca 2018 r. do 30 kwietnia 2018 r.). W konsekwencji przyjął, że skarga kasacyjna jest niedopuszczalna, jako że sprawa dotyczy roszczenia majątkowego, a wartość przedmiotu zaskarżenia jest niższa niż 10.000 zł (art. 398² § 1 zdanie pierwsze k.p.c.). Z tej przyczyny Sąd Apelacyjny odrzucił skargę kasacyjną na podstawie art. 398⁶ § 2 k.p.c.

Odwołująca się wniosła zażalenie na postanowienie o odrzuceniu skargi kasacyjnej i zarzuciła naruszenie przepisów prawa procesowego, mające istotny wpływ na treść zaskarżonego postanowienia:

a) art. 398⁶ § 2 k.p.c. w związku z art. 398² § 1 k.p.c. w związku z art. 19 § 2 k.p.c., polegające na posłużeniu się błędnym kryterium określenia wartości przedmiotu zaskarżenia w postaci sumy składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za sporny okres, a w konsekwencji na odrzuceniu skargi kasacyjnej z uwagi na jej niedopuszczalność, podczas gdy rozpoznawana sprawa ma charakter sprawy o ustalenie nieistnienia stosunku prawnego, zaś wartość przedmiotu sporu (zaskarżenia) w sprawach o ustalenie nieistnienia stosunku prawnego albo prawa należy odnosić do świadczeń wynikających z takiego ustalenia, co uzasadniało określenie wartości przedmiotu zaskarżenia na kwotę 18.000 zł, według kryterium wysokości świadczenia (zasiłku macierzyńskiego), który otrzymałaby odwołująca się w przypadku ustalenia podlegania ubezpieczeniu, co w efekcie czyniłoby skargę kasacyjną dopuszczalną;

b) art. 6 ust. 1 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, przez posłużenie się na potrzeby określenia dopuszczalności skargi *ratione valoris* kryterium nieproporcjonalnym oraz noszącym cechy arbitralności, czego skutkiem stało się nieuzasadnione pozbawienie odwołującej się prawa dostępu do sądu kasacyjnego.

Odwołująca się wniosła o uchylenie zaskarżonego postanowienia w całości, o skontrolowanie przez Sąd Najwyższy (na podstawie art. 380 k.p.c. w związku z art. 398²¹ k.p.c. w związku z art. 394¹ § 3 k.p.c.) postanowienia Sądu Apelacyjnego o ustaleniu wartości przedmiotu zaskarżenia oraz o uznanie, na skutek przeprowadzonej kontroli, że prawidłowo ustalona wartość przedmiotu zaskarżenia

wynosi co najmniej 10.000 zł. Wniosła także o rozważenie przedstawienia powiększonemu składowi Sądu Najwyższego zagadnienia prawnego powstałego w rozpoznawanej sprawie (art. 394¹ § 3 k.p.c. w związku z art. 398¹⁷ § 1 k.p.c.). Z przedstawionej argumentacji odwołującej się wynika, że – w jej ocenie – w sprawach o dobrowolne podleganie ubezpieczeniu chorobowemu wartość przedmiotu sporu nie może się sprowadzać do wysokości składek na to ubezpieczenie za sporny okres lub za okres 12 miesięcy, gdyż wartość przedmiotu sporu w sprawach o ustalenie istnienia lub nieistnienia stosunku prawnego albo prawa (także jego treści lub zakresu – art. 189 k.p.c.) należy odnosić do świadczeń wynikających z takiego ustalenia, w tym przypadku – do wysokości zasiłku macierzyńskiego.

W takiej sytuacji procesowej zwykły skład Sądu Najwyższego postanowił przedstawić składowi powiększonemu przytoczone na wstępie zagadnienie prawne, dotyczące ustalenia wartości przedmiotu sporu, a więc także wartości przedmiotu zaskarżenia, w sprawie o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym (gdy organ rentowy wydaje decyzję ustalającą niepodleganie temu ubezpieczeniu), ponieważ w tej kwestii ujawniła się rozbieżność w poglądach Sądu Najwyższego.

O ile w orzecznictwie Sądu Najwyższego nie budzi wątpliwości, że użyte w art. 398² § 1 zdanie drugie k.p.c. określenie „objęcie obowiązkiem ubezpieczenia” odnosi się do ubezpieczenia obowiązkowego, a nie dobrowolnego (por. postanowienia Sądu Najwyższego: z 8 marca 2017 r., II UZ 80/16, LEX nr 2261739; z 24 października 2017 r., II UZ 69/17, LEX nr 2427171; z 19 kwietnia 2018 r., II UZ 9/18, LEX nr 2549198) i w związku z tym o dopuszczalności skargi kasacyjnej w sprawie o podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu decyduje wartość przedmiotu zaskarżenia, o tyle niejednolicie jest postrzegana kwestia, jak w omawianej kategorii spraw należy ustalić wartość przedmiotu sporu lub zaskarżenia. Według jednego nurtu orzecznictwa (por. postanowienia Sądu Najwyższego: z 8 marca 2017 r., II UZ 80/16, LEX nr 2261739; z 22 stycznia 2019 r., II UZ 41/18, LEX nr 2609105; z 17 września 2020 r., II UZ 18/20, LEX nr 3054009; z 18 listopada 2020 r., III UK 442/19, LEX nr 3080640) przyjmuje się, że w sprawie o podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu wartość przedmiotu zaskarżenia – warunkująca, na podstawie art. 398² § 1 zdanie drugie k.p.c.,

dopuszczalność skargi kasacyjnej – ustalana jest jako suma składek za sporny okres, nie więcej niż za rok (art. 22 k.p.c.). Natomiast w najnowszym orzeczeniu (por. postanowienie Sądu Najwyższego z 9 września 2021 r., II UZ 6/21, niepublikowane) przyjęto, że w sprawach o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym wartość przedmiotu zaskarżenia powinna odpowiadać wysokości zasiłku chorobowego za sporny okres.

Pierwsze z przedstawionych stanowisk jest uzasadniane tym, że chociaż z ustaleniem samego podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu wiąże się lub może się wiązać w przyszłości prawo do świadczeń (np. zasiłku chorobowego lub macierzyńskiego), to jednak w sprawach o podleganie ubezpieczeniom społecznym rozpoznawanych przez sądy ubezpieczeń społecznych chodzi przede wszystkim o to, czy w związku z podleganiem ubezpieczeniom społecznym powinny być uiszczane składki na te ubezpieczenia, a także o ustalenie podstawy wymiaru składek, ustalenie osoby płatnika składek itd. Z decyzji o objęciu lub wyłączeniu z ubezpieczenia wynika obowiązek uiszczenia składek, natomiast prawo do określonych świadczeń uwarunkowane jest wystąpieniem ustawowych przesłanek, które w toku postępowania o objęcie ubezpieczeniem nie stanowią przedmiotu kontroli.

Z kolei w ostatnio wydanym postanowieniu z 9 września 2021 r., II UZ 6/21, Sąd Najwyższy odwołał się do uzasadnienia uchwały składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z 20 lipca 2016 r., III UZP 2/16 (OSNP 2017 nr 1, poz. 6), w której przyjęto, że z ustaleniem samego podlegania ubezpieczeniom społecznym wiąże się (może się wiązać) prawo do świadczeń (emerytury, renty, świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku chorobowego lub macierzyńskiego itd.), jednak w sprawach o podleganie ubezpieczeniom społecznym (istnienie lub nieistnienie stosunku ubezpieczenia, objęcie obowiązkiem ubezpieczeń społecznych) rozpoznawanych przez sądy ubezpieczeń społecznych chodzi zwykle przede wszystkim o to, czy w związku z podleganiem ubezpieczeniom społecznym powinny być uiszczane składki na te ubezpieczenia, a także o ustalenie podstawy wymiaru składek, ustalenie osoby płatnika składek itd. Ten bliższy cel (konieczność uiszczenia składek) powinien determinować podstawę ustalenia wysokości wynagrodzenia pełnomocnika, zwłaszcza w kontekście ugruntowanego już

orzecznictwa Sądu Najwyższego dotyczącego ustalania wysokości wynagrodzenia pełnomocnika w sprawach o składki (wymiar składek, podstawę ustalenia wysokości składek, zaległości składkowe). W sprawach, w których ustalenie nieistnienia tytułu ubezpieczenia społecznego (ustalenie niepodlegania ubezpieczeniom społecznym) wiąże się ze wstrzymaniem wypłaty świadczeń oraz zwrotem nienależnie pobranych świadczeń, wartość tych świadczeń może stanowić podstawę ustalenia wartości przedmiotu sporu (zaskarżenia). Sąd Najwyższy podsumował w przywołanej uchwale swoje wywody stwierdzeniem, że w razie podjęcia przez organ rentowy decyzji o objęciu określonym tytułem ubezpieczenia, odwołanie zmierza do ustalenia nieistnienia tego stosunku ubezpieczenia społecznego. Wówczas wartość przedmiotu sporu powinno odnosić się do wysokości składek na ubezpieczenia społeczne, których uiszczenie będzie skutkiem decyzji (może to też być różnica w stosunku do wysokości składek dotychczas uiszczanych z innego tytułu ubezpieczenia). Natomiast w przypadku wydania decyzji o „wyłączeniu” z określonego tytułu ubezpieczenia (ustalenia jego nieistnienia), odwołanie zmierza do ustalenia istnienia stosunku ubezpieczenia społecznego. Wartość przedmiotu sporu należy wówczas odnosić do wysokości świadczeń podlegających zwrotowi wskutek takiej decyzji, ewentualnie świadczeń, których ubezpieczony nie otrzyma.

W postanowieniu z 9 września 2021 r., II UZ 6/21, Sąd Najwyższy uzasadnił swoje stanowisko także innymi racjami, przemawiającymi za odstępniem od dotychczasowej praktyki. Podkreślił, że istnienie stosunku prawnego ubezpieczenia społecznego wywołuje określone skutki – z pozycji organu rentowego przysporzeniem są składki, z perspektywy ubezpieczonego znaczenie mają świadczenia przysługujące na wypadek ziszczenia się ryzyka ubezpieczeniowego. Konsekwencje te są równoważne i nie podlegają gradacji na ważniejsze i mniej istotne. W rezultacie, rodzaj „akcji” identyfikuje, który z wymienionych czynników staje się dominujący. Jeśli organ rentowy obejmuje daną osobę ubezpieczeniem społecznym, to działanie to w naturalny sposób kieruje uwagę na jego konsekwencję, którą stanowi obowiązek opłacenia składek. Zanegowanie podlegania ubezpieczeniu społecznemu wpisane jest w odmienną optykę. Z reguły wiązane jest z pozbawieniem prawa do świadczeń. Wartość przedmiotu sporu

(zaskarżenia), choć tego wprost nie wyrażono w przekazie normatywnym, powiązana została z konsekwencją, która najbardziej odpowiada istocie sporu. Nie ma wątpliwości, że w razie zakwestionowania podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jest nią niepewność co do przysługiwania ubezpieczonemu świadczeń wynikających z ustawy 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.), a nie konieczność uiszczenia składek na to ubezpieczenie. Sąd Najwyższy zwrócił uwagę na jeszcze jeden czynnik, podkreślając, że kompozycja art. 398² § 1 k.p.c. pozwala na stwierdzenie, że skarga kasacyjna co do zasady jest dopuszczalna, a jedynie wyjątkowo nie przysługuje. Relację tę w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych jeszcze złagodzone. Po pierwsze, obniżono pułap wartości przedmiotu zaskarżenia (z 50.000 zł do 10.000 zł) warunkujący dopuszczalność skargi kasacyjnej. Po drugie, enumeratywnie wyliczono sprawy, w których skarga kasacyjna przysługuje niezależnie od wartości przedmiotu zaskarżenia – jedną z tych spraw jest spór o objęcie obowiązkiem ubezpieczenia społecznego. Przedstawiona tendencja jest jednoznaczna, a to daje podstawę do twierdzenia, że powinna również zostać uwzględniona tam, gdzie możliwe jest alternatywne określenie sposobu liczenia wartości przedmiotu zaskarżenia. Kierując się tą perspektywą, Sąd Najwyższy zwrócił uwagę, że wartość świadczenia (zasiłku chorobowego, zasiłku macierzyńskiego) w każdym przypadku stanowi wartość wyższą niż wysokość należnej za ten sam okres składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Rezultatem tego spostrzeżenia jest wniosek, że reguły wykładni odwołujące się do woli ustawodawcy, a także systemowego ładu, na którym oparto rozsądny kompromis wpisany w art. 398² § 1 k.p.c., sugerują dokonanie wyboru „względniejszego”, to jest takiego, który umożliwia objęcie większej liczby spraw kontrolą kasacyjną.

W związku z przedstawioną rozbieżnością w orzecznictwie konieczne stało się skierowanie pytania do powiększonego składu Sądu Najwyższego w celu wyjaśnienia, czy w sprawach z odwołań od decyzji o niepodleganiu dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu (art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych; jednolity tekst: Dz.U. z 2021 r., poz. 423; dalej

ustawa systemowa) wartość przedmiotu zaskarżenia – warunkująca, na podstawie art. 398² § 1 zdanie drugie k.p.c., dopuszczalność skargi kasacyjnej – ustalana jest jako suma składek za sporny okres, nie więcej niż za rok (art. 22 k.p.c.), czy też wartość ta ma odpowiadać wysokości świadczeń z ubezpieczenia chorobowego.

Sąd Najwyższy w składzie przedstawiającym do rozstrzygnięcia przytoczone zagadnienie prawne opowiedział się za drugą z omówionych koncepcji, przyjmując za trafne wszystkie argumenty ujęte w uzasadnieniu postanowienia z 9 września 2021 r., II UZ 6/21. Odnosząc się do pierwszego z przedstawianych stanowisk, podkreślił, że także w sprawach z odwołań od decyzji „wyłączających” z dobrowolnego podlegania ubezpieczeniu chorobowemu nie chodzi o „obowiązek” uiszczenia składek lub też jego brak. Składki na dobrowolne ubezpieczenie podmiotów wymienionych w art. 11 ust. 2 ustawy systemowej nie są „obowiązkowe” w takim znaczeniu jak przy obowiązkowych ubezpieczeniach społecznych. Przy obowiązkowych ubezpieczeniach podmiot nimi objęty nie ma możliwości – według własnej woli – zrezygnować z tych ubezpieczeń przez zaprzestanie płacenia składek. Natomiast przy dobrowolnych ubezpieczeniach zawsze taka możliwość istnieje, ponieważ zaprzestanie płacenia składek wywołuje skutek wynikający z art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej (dobrowolne ubezpieczenie ustaje od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie). Nie przystaje zatem do tej sytuacji argument przedstawiony w uzasadnieniu postanowienia z 8 marca 2017 r., II UZ 80/16, że „chodzi przede wszystkim o ustalenie, czy w związku z podleganiem ubezpieczeniom społecznym powinny być uiszczane składki na te ubezpieczenia” oraz że „z decyzji o objęciu lub wyłączeniu z ubezpieczenia wynika obowiązek uiszczenia składek”. W dobrowolnych ubezpieczeniach jest odwrotnie, to z opłacania składek wynika objęcie tym ubezpieczeniem, nigdy więc celem decyzji nie będzie konieczność (rozumiana jako wymuszenie) uiszczenia składek. W związku z tym w sprawach z odwołań od decyzji „wyłączających” z dobrowolnego podlegania ubezpieczeniu chorobowemu nie chodzi o stwierdzenie braku obowiązku uiszczenia składek, lecz o wykluczenie prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, gdyż zwykle decyzja o „wyłączeniu” zapada w następstwie wniosku ubezpieczonego o świadczenie z ubezpieczenia chorobowego.

Nie jest zatem uprawnione ukierunkowanie sporu na składki w sytuacji, gdy decyzja jest wstępem do odmowy przyznania świadczenia.

Sąd Najwyższy w składzie zwykłym nawiązał na koniec do argumentacji przedstawionej w uchwale składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z 20 lipca 2016 r., III UZP 2/16, zgadzając się z tezą, że w razie podjęcia przez organ rentowy decyzji o objęciu określonym tytułem ubezpieczenia, odwołanie zmierza do ustalenia nieistnienia tego stosunku ubezpieczenia społecznego i związanego z tym braku obowiązku opłacenia składek. Wówczas wartość przedmiotu sporu powinno się odnosić do wysokości składek na ubezpieczenia społeczne, których uiszczenie będzie skutkiem decyzji. Natomiast w przypadku wydania decyzji o „wyłączeniu” z określonego tytułu ubezpieczenia (ustalenia jego nieistnienia), odwołanie zmierza do ustalenia jego istnienia, a z tym związane jest prawo do określonych świadczeń. Wartość przedmiotu sporu należy wówczas odnosić do wysokości świadczeń podlegających zwrotowi wskutek takiej decyzji, ewentualnie świadczeń, których ubezpieczony nie otrzyma; należy mieć przy tym na uwadze stanowisko Sądu Najwyższego w innych (niż ubezpieczenia społeczne) sprawach, w których przyjmuje się, że wartość przedmiotu sporu w sprawach o ustalenie istnienia lub nieistnienia stosunku prawnego albo prawa (także jego treści lub zakresu – art. 189 k.p.c.) należy odnosić do świadczeń wynikających z takiego ustalenia (por. postanowienia Sądu Najwyższego: z 3 grudnia 2001 r., I PZ 95/01, OSNP 2003 nr 23, poz. 572; z 5 stycznia 2006 r., I PZ 24/05, LEX nr 668929; z 14 maja 2009 r., I PZ 5/09, OSNP 2011 nr 1-2, poz. 12; z 9 lipca 2009 r., II PK 240/08, LEX nr 535829 oraz z 5 sierpnia 2009 r., II PZ 6/09, LEX nr 558584).

Podczas rozprawy przed Sądem Najwyższym pełnomocnik odwołującej się ubezpieczonej wniósł o podjęcie uchwały, zgodnie z którą wartość przedmiotu zaskarżenia w sprawie o ustalenie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu powinna być odniesiona do wartości świadczenia przysługującego ubezpieczonemu w związku z tym ubezpieczeniem. Z kolei pełnomocnik organu rentowego wniósł o podjęcie uchwały, zgodnie z którą dopuszczalność skargi kasacyjnej ustalana jest jako wartość składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe.

Prokurator Prokuratury Krajowej wniosł o podjęcie uchwały o treści: w sprawach z odwołań od decyzji o niepodleganiu dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu wartość przedmiotu zaskarżenia – warunkująca, na podstawie art. 398² § 1 zdanie drugie k.p.c., dopuszczalność skargi kasacyjnej – ustalana jest jako wysokość świadczenia z ubezpieczenia chorobowego.

Rozpoznając przedstawione zagadnienie prawne, Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

1. Ze względu na ujawnioną rozbieżność w orzecznictwie Sądu Najwyższego co do sposobu ustalenia wartości przedmiotu zaskarżenia w sprawach dotyczących podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu (objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym lub wyłączenia z tego ubezpieczenia przez ustalenie niepodlegania temu ubezpieczeniu) oraz ze względu na doniosłość zagadnienia prawnego (przekładającą się na dopuszczalność lub niedopuszczalność możliwości wniesienia skargi kasacyjnej w tej kategorii spraw) istniały przesłanki do podjęcia w składzie powiększonym uchwały rozstrzygającej zagadnienie prawne sformułowane przez zwykły skład Sądu Najwyższego.

Już na wstępie można zauważyć, że sprawy, w których powstaje omawiany problem, dotyczą przede wszystkim podlegania lub niepodlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu przez osoby prowadzące działalność pozarolniczą, przede wszystkim (choć nie tylko) kobiety zgłaszające się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w celu zapewnienia sobie możliwości skorzystania ze świadczeń związanych z tym rodzajem ubezpieczenia – najpierw zasiłku chorobowego czasie ciąży, a następnie zasiłku macierzyńskiego. Decyzja co do sposobu liczenia wartości przedmiotu zaskarżenia w tych sprawach – a przez to co do dopuszczalności skargi kasacyjnej – ma istotne znaczenie dla tej kategorii ubezpieczonych. Od decyzji tej zależy dostęp do Sądu Najwyższego jako sądu kasacyjnego. Możliwość merytorycznego rozpoznania przez Sąd Najwyższy skarg kasacyjnych wniesionych w tych sprawach ma istotne znaczenie dla ujednolicenia orzecznictwa oraz wyjaśnienia pojawiających się wątpliwości interpretacyjnych związanych ze zmieniającym się stanem prawnym (np. w związku ze zmianami w

art. 14 ustawy systemowej wprowadzonymi poczynając od 1 stycznia 2022 r. przez ustawę z dnia 24 czerwca 2021 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2021 r., poz. 1621).

2. Rozważania należy rozpocząć od przytoczenia regulacji prawnej wyznaczającej dopuszczalność skargi kasacyjnej ze względu na wartość przedmiotu zaskarżenia (art. 398² § 1 k.p.c.). Zgodnie z art. 398² § 1 zdanie pierwsze i drugie k.p.c.: „Skarga kasacyjna jest niedopuszczalna w sprawach o prawa majątkowe, w których wartość przedmiotu zaskarżenia jest niższa niż pięćdziesiąt tysięcy złotych, a w sprawach z zakresu prawa pracy i ubezpieczeń społecznych – niższa niż dziesięć tysięcy złotych. Jednakże w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych skarga kasacyjna przysługuje niezależnie od wartości przedmiotu zaskarżenia w sprawach o przyznanie i o wstrzymanie emerytury lub renty oraz o objęcie obowiązkiem ubezpieczenia społecznego.”

Drugie zdanie przytoczonego przepisu zawiera wyjątek od reguły niedopuszczalności skargi kasacyjnej ze względu na wartość przedmiotu zaskarżenia. W sprawach w nim wymienionych skarga kasacyjna jest dopuszczalna niezależnie od wartości przedmiotu zaskarżenia. W przedstawionym zagadnieniu prawnym chodzi przede wszystkim o ustalenie, według jakiego kryterium ustala się wartość przedmiotu zaskarżenia w sprawach wszczętych wniesieniem odwołania od decyzji o niepodleganiu dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Sąd Najwyższy w zwykłym składzie przyjmuje zatem założenie, że sprawy o niepodleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu nie mieszczą się w kategorii spraw „o objęcie obowiązkiem ubezpieczenia społecznego”. Jest to założenie zgodne z utrwalonym orzecznictwem Sądu Najwyższego, w którym przyjmuje się, że w zakresie spraw „o objęcie obowiązkiem ubezpieczenia społecznego” z art. 398² § 1 k.p.c. nie mieszczą się spory dotyczące dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, o którym mowa w art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

W postanowieniu z 7 października 2021 r., II UZ 8/21, przekazującym składowi powiększonemu zagadnienie prawne, Sąd Najwyższy stwierdził, że nie budzi wątpliwości, iż użyte w art. 398² § 1 zdanie drugie k.p.c. określenie „objęcie obowiązkiem ubezpieczenia” odnosi się do ubezpieczenia obowiązkowego, a nie

dobrowolnego (tak m.in. w postanowieniach Sądu Najwyższego: z 8 marca 2017 r., II UZ 80/16, LEX nr 2261739; z 24 października 2017 r., II UZ 69/17, LEX nr 2427171; z 19 kwietnia 2018 r., II UZ 9/18, LEX nr 2549198) i w związku z tym o dopuszczalności skargi kasacyjnej w sprawie o podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu decyduje wartość przedmiotu zaskarżenia. Pogląd ten należy uznać za utrwalony w dotychczasowym orzecznictwie. Na przykład, w postanowieniu z 18 listopada 2020 r., III UK 442/19 (LEX nr 3080640), Sąd Najwyższy – odrzucając skargę kasacyjną w sprawie o podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu – argumentował, że w orzecznictwie utrwalony jest pogląd, zgodnie z którym sprawa o objęcie ubezpieczeniem społecznym (w tym o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym) jest sprawą o prawa majątkowe, gdyż z decyzji o objęciu ubezpieczeniem (wyłączeniu z ubezpieczenia) wynikają bezpośrednio skutki majątkowe. W sprawie takiej o dopuszczalności skargi kasacyjnej decyduje wartość przedmiotu zaskarżenia. Podobnie w postanowieniu z 4 listopada 2003 r., II UZ 91/03 (LEX nr 1129286), Sąd Najwyższy przyjął, że w sprawach dotyczących objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym dopuszczalność skargi kasacyjnej uzależniona jest od wartości przedmiotu zaskarżenia, ponieważ określenie przedmiotu sprawy, którego dotyczy wyłączenie zawarte w art. 398² § 1 zdanie drugie k.p.c., nawiązuje do ustawowej regulacji tego przedmiotu. Określenie „objęcie obowiązkiem ubezpieczenia społecznego” odnosi się do definicji tego pojęcia zawartej w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. Ustawa ta rozróżnia obowiązkowe ubezpieczenia emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe, określone w art. 6, art. 6a ust. 1, art. 6b ust. 1, art. 11 ust. 1 i art. 12 ust. 1, od dobrowolnych ubezpieczeń emerytalnych i rentowych, o których mowa w art. 7, oraz dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego uregulowanego w art. 11 ust. 2. Jeżeli dojdzie do dobrowolnego ubezpieczenia emerytalnego, rentowego lub chorobowego, to nie zmienia się ono w ubezpieczenie obowiązkowe. Warunki powstania dobrowolnego ubezpieczenia, jego kontynuowania i ustania uregulowane są w art. 14 ustawy systemowej, który to przepis jest regulacją odrębną od zasad obowiązujących przy ubezpieczeniu obowiązkowym. Użyty w art. 398² § 1 zdanie drugie k.p.c. zwrot „objęcie obowiązkiem ubezpieczenia”

odnosi się do ubezpieczenia obowiązkowego, a nie dobrowolnego (taki pogląd wyrażono również między innymi w postanowieniach Sądu Najwyższego: z 8 marca 2017 r., II UZ 80/16, LEX nr 2261739; z 24 października 2017 r., I UZ 69/17, LEX nr 2427171; z 19 kwietnia 2018 r., II UZ 9/18, LEX nr 2549198).

Przyjęcie założenia, że sprawy o podleganie lub niepodleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu nie mieszczą się w kategorii spraw „o objęcie obowiązkiem ubezpieczenia społecznego”, skłania do poszukiwania sposobu ustalenia wartości przedmiotu zaskarżenia w tych sprawach w celu oceny dopuszczalności skargi kasacyjnej.

3. Sposób ustalenia wartości przedmiotu sporu w sprawach o prawa majątkowe regulują przepisy ogólne (art. 19 – 26 k.p.c., w tym między innymi art. 19 § 2 k.p.c. i art. 22 k.p.c.). Mają one odpowiednie zastosowanie do ustalenia wartości przedmiotu zaskarżenia (w apelacji – art. 368 § 2 k.p.c. i w skardze kasacyjnej – art. 398²¹ k.p.c. w związku z art. 368 § 2 k.p.c.).

Jeśli chodzi o sposób ustalenia wartości przedmiotu zaskarżenia w sprawach dotyczących podlegania lub niepodlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, to w dotychczasowym orzecznictwie Sądu Najwyższego przeważał pogląd, że w sprawach o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym (a nie obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym) o dopuszczalności skargi kasacyjnej decyduje wartość przedmiotu zaskarżenia, ustalona jako suma składek na dobrowolne ubezpieczenie za sporny okres, nie więcej niż za rok (art. 22 k.p.c.). Na przykład w postanowieniu z 8 marca 2017 r., II UZ 80/16 (LEX nr 2261739), Sąd Najwyższy argumentował, wykorzystując przy tym argumentację przedstawioną w uzasadnieniu uchwały składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z 20 lipca 2016 r., III UZP 2/16 (OSNP 2017 nr 1, poz. 6), że jakkolwiek z ustaleniem samego podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu wiąże się lub może się wiązać w przyszłości prawo do świadczeń (np. zasiłku chorobowego lub macierzyńskiego), to jednak w sprawach o podleganie ubezpieczeniom społecznym (istnienie lub nieistnienie stosunku ubezpieczenia, objęcie obowiązkiem ubezpieczeń społecznych) rozpoznawanych przez sądy ubezpieczeń społecznych chodzi przede wszystkim o to, czy w związku z podleganiem ubezpieczeniom społecznym powinny być uiszczane składki na te ubezpieczenia, a także ustalenie

podstawy wymiaru składek, ustalenie osoby płatnika składek itd. Wbrew odmiennym twierdzeniom, to właśnie ten bliższy cel, czyli konieczność uiszczenia składek, powinien determinować podstawę ustalenia wartości przedmiotu zaskarżenia. Trzeba bowiem podkreślić, że z decyzji o objęciu lub wyłączeniu z ubezpieczenia wynika obowiązek uiszczenia składek, natomiast prawo do określonych świadczeń uwarunkowane jest wystąpieniem ustawowych przesłanek, które w toku postępowania o objęcie ubezpieczeniem nie stanowią przedmiotu kontroli sądu. Również w wielu innych orzeczeniach wyrażono podobny pogląd. W postanowieniu z 22 stycznia 2019 r., II UZ 41/18 (LEX nr 2609105), Sąd Najwyższy przyjął nawet, że w sprawie o podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu nie jest możliwe ustalanie wartości przedmiotu zaskarżenia w odniesieniu do wysokości świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, które uzyskałby ubezpieczony.

Odmienne założenia przyjęto w postanowieniu Sądu Najwyższego z 9 września 2021 r., II UZ 6/21 (niepublikowane) oraz w postanowieniu z 7 października 2021 r., II UZ 8/21 (niepublikowane), przedstawiającym do rozstrzygnięcia omawiane zagadnienie prawne.

Odnosząc się do argumentacji przedstawionej we wcześniejszych postanowieniach (przede wszystkim w sprawie II UZ 80/16), należy zauważyć, że w sprawach o podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu (o ustalenie istnienia dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego) przedmiotem sporu nie jest ustalenie obowiązku składowego (ten stan może się zmienić po 1 stycznia 2022 r. w związku ze zmianami w art. 14 ustawy systemowej), lecz dopuszczalność wniesienia przez ubezpieczonego dobrowolnych składek w celu uzyskania ochrony ubezpieczeniowej. W mniejszym stopniu chodzi zatem o uiszczenie (dobrowolne) składek, w większym o uzyskanie ochrony ubezpieczeniowej w celu uzyskania świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. Perspektywa możliwości uzyskania świadczeń (np. zasiłku chorobowego lub zasiłku macierzyńskiego) jest dla ubezpieczonego zgłaszającego się do dobrowolnego ubezpieczenia społecznego najważniejsza i wysuwa się na pierwszy plan.

Już w uzasadnieniu uchwały z 20 lipca 2016 r., III UZP 2/16, Sąd Najwyższy dostrzegł, że sprawy o podleganie ubezpieczeniom społecznym nie są jednolite w

swojej istocie, argumentując, że „w razie podjęcia przez organ rentowy decyzji o objęciu określonym tytułem ubezpieczenia, odwołanie zmierza do ustalenia nieistnienia tego stosunku ubezpieczenia społecznego. Wówczas wartość przedmiotu sporu powinno odnosić się do wysokości składek na ubezpieczenia społeczne, których uiszczenie będzie skutkiem decyzji (może to też być różnica w stosunku do wysokości składek dotychczas uiszczanych z innego tytułu ubezpieczenia). Natomiast w przypadku wydania decyzji o „wyłączeniu” z określonego tytułu ubezpieczenia (ustalenia jego nieistnienia), odwołanie zmierza do ustalenia istnienia stosunku ubezpieczenia społecznego. Wartość przedmiotu sporu należy wówczas odnosić do wysokości świadczeń podlegających zwrotowi wskutek takiej decyzji, ewentualnie świadczeń, których ubezpieczony nie otrzyma.”

Na zróżnicowanie przedmiotu sporu (różnorodność interesów majątkowych strony odwołującej się od decyzji organu rentowego) w tej kategorii spraw zwrócił uwagę Sąd Najwyższy w postanowieniach z 9 września 2021 r., II UZ 6/21 oraz z 7 października 2021 r., II UZ 8/21. To zróżnicowanie powinno determinować sposób ustalania wartości przedmiotu zaskarżenia; powinna być ona odniesiona do wartości „interesu majątkowego” ubezpieczonego, który ma podlegać ochronie najpierw w związku z wniesieniem odwołania od decyzji organu rentowego, potem w związku z wniesieniem skargi kasacyjnej.

Sprawy o podleganie ubezpieczeniom społecznym (objęcie ubezpieczeniem społecznym) są podobne do spraw o ustalenie. Decyzja organu rentowego lub wyrok sądu ubezpieczeń społecznych w tych sprawach mają zwykle charakter raczej ustalający niż kształtujący prawo. Można się w związku z tym odwołać do orzecznictwa dotyczącego sposobu ustalania wartości przedmiotu sporu i zaskarżenia w sprawach o ustalenie istnienia lub nieistnienia stosunku prawnego lub prawa (art. 189 k.p.c.).

Ustalenie wartości przedmiotu sporu (wartości przedmiotu zaskarżenia) odbywa się według przepisów Kodeksu postępowania cywilnego regulujących tę materię (art. 19-26 k.p.c., art. 368 § 2 k.p.c., art. 398²¹ k.p.c.). Ustalenie wartości przedmiotu sporu (zaskarżenia) w rozważanej kategorii spraw z zakresu ubezpieczeń społecznych – o podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, o ustalenie istnienia bądź nieistnienia stosunku ubezpieczenia

społecznego w zakresie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, o objęcie tym ubezpieczeniem społecznym – również odbywa się według tych przepisów. W tym kontekście należy przywołać przede wszystkim art. 19 § 2 k.p.c., zgodnie z którym w sprawach majątkowych innych niż sprawy o roszczenia pieniężne powód obowiązany jest oznaczyć w pozwie kwotą pieniężną wartość przedmiotu sporu, uwzględniając postanowienia zawarte w kolejnych artykułach (art. 20 i nast. k.p.c.). Do czasu zakwestionowania tej wartości w sposób przewidziany przepisami Kodeksu (art. 25-26 k.p.c.), wartość podana przez powoda jest wiążąca. Podobne zasady można odnieść do oznaczenia wartości przedmiotu sporu przez odwołującego się od decyzji organu rentowego w omawianej kategorii spraw albo do oznaczenia wartości przedmiotu zaskarżenia (w apelacji lub skardze kasacyjnej) przez skarżącego, w tym przez organ rentowy.

Co prawda, żaden z przepisów dotyczących ustalania wartości przedmiotu sporu (art. 19-26 k.p.c.) nie dotyczy bezpośrednio spraw o ustalenie istnienia bądź nieistnienia stosunku ubezpieczenia społecznego (o objęcie ubezpieczeniem społecznym; o podleganie ubezpieczeniom społecznym), jednak dotyczy to wielu innych spraw cywilnych o ustalenie prawa lub stosunku prawnego o charakterze majątkowym. Bogate orzecznictwo dotyczące sposobów oznaczania wartości przedmiotu sporu w sprawach o ustalenie (art. 189 k.p.c.) pozwala sprowadzić je do wspólnego mianownika – strona powinna zastosować obiektywne kryteria przy określaniu wartości przedmiotu sporu, którego ochrony prawnej się domaga (por. np. postanowienie Sądu Najwyższego z 9 lipca 2009 r., II PK 240/08, LEX nr 535829 i orzeczenia przytoczone w jego uzasadnieniu). Tym obiektywnym kryterium jest jej interes prawny, którego ochrony domaga się w postępowaniu sądowym. Dlatego w sprawach o ustalenie istnienia lub nieistnienia stosunku prawnego albo prawa (także jego treści lub zakresu – art. 189 k.p.c.) wartość przedmiotu sporu należy odnosić do świadczeń wynikających z takiego ustalenia (por. postanowienia Sądu Najwyższego: z 3 grudnia 2001 r., I PZ 95/01, OSNP 2003 nr 23, poz. 572; z 5 stycznia 2006 r., I PZ 24/05, LEX nr 668929; z 14 maja 2009 r., I PZ 5/09, OSNP 2011 nr 1-2, poz. 12; z 9 lipca 2009 r., II PK 240/08, LEX nr 535829 oraz z 5 sierpnia 2009 r., II PZ 6/09, LEX nr 558584).

W tym kontekście należy poszukiwać kryteriów, które mogłyby decydować o odmiennym sposobie ustalenia wartości przedmiotu zaskarżenia w sprawach pozornie jednolitych (dotyczących, ogólnie rzecz ujmując, dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego), w których interes majątkowy strony odwołującej się od decyzji organu rentowego może być jednak różny.

Ogólnie w sprawach tych znajdzie zastosowanie art. 22 k.p.c., zgodnie z którym w sprawach o prawo do świadczeń powtarzających się wartość przedmiotu sporu stanowi suma świadczeń za jeden rok, a jeżeli świadczenia trwają krócej niż rok – za cały czas ich trwania.

Sprawy, w których pojawia się problem ustalenia wartości przedmiotu zaskarżenia w związku z dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, można podzielić zasadniczo na dwie grupy.

W pierwszej znajdują się sprawy, w których uwzględnienie stanowiska organu rentowego – wbrew twierdzeniom płatnika składek – prowadzi do konieczności realizacji obowiązku składkowego. Mogą to być na przykład sprawy, w których ubezpieczony domaga się stwierdzenia nieistnienia stosunku dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego (kwestionuje stanowisko organu rentowego, że podlega temu ubezpieczeniu) po tym, jak organ rentowy stwierdził podleganie ubezpieczeniu, co wiąże się z obowiązkiem uiszczenia składek. W tych sprawach chodzi bezpośrednio o obowiązek uiszczenia składek i/lub o ich wysokość. Należy przyjąć, że wówczas świadczeniami powtarzającymi się (art. 22 k.p.c.), wokół których toczy się spór, są składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, a zatem wartość przedmiotu sporu i zaskarżenia stanowi suma tych świadczeń za okres sporny lub za rok. Interes płatnika składek sprowadza się w tym przypadku do kwestii związanych z obliczeniem, rozliczeniem i przekazaniem składek na dobrowolne ubezpieczenie społeczne (art. 17 ust. 1 ustawy systemowej). W tej kategorii spraw ubezpieczony (w ujęciu materialnoprawnym) może występować w roli odwołującego się od decyzji organu rentowego albo w roli zainteresowanego (w ujęciu procesowym), jeżeli nie jest jednocześnie płatnikiem składek. Jako zainteresowany (w ujęciu procesowym) ubezpieczony (w ujęciu materialnoprawnym) może wspierać którąś ze stron sporu – odwołującego się płatnika składek bądź organ rentowy, w zależności od subiektywnego zapatrywania co do swojego

interesu prawnego. Zawsze jednak w tych sprawach chodzi o składki na ubezpieczenie chorobowe, a nie o świadczenia z ubezpieczenia chorobowego (np. zasiłek chorobowy, zasiłek macierzyński).

Druga grupa spraw to takie, w których ubezpieczony (w ujęciu materialnoprawnym) domaga się stwierdzenia istnienia stosunku ubezpieczenia społecznego (podlegania temu ubezpieczeniu) po tym, jak organ rentowy stwierdził brak podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu dobrowolnemu. W tych sprawach może być kwestionowane istnienie samego tylko dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego (np. w razie opóźnienia się ubezpieczonego z opłaceniem składek i ustania – zdaniem organu rentowego – tego ubezpieczenia) albo podleganie ubezpieczeniom społecznym w ogóle, w tym obowiązkowym ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowym oraz pochodnemu dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu (np. w razie kwestionowania przez organ rentowy tytułu w postaci prowadzenia działalności pozarolniczej). W takich sprawach spór z organem rentowym toczy na ogół nie płatnik składek, lecz bezpośrednio sam ubezpieczony (choć może zachodzić tożsamość podmiotowa tych podmiotów stosunku ubezpieczenia społecznego, gdy ubezpieczony jest jednocześnie płatnikiem składek – por. art. 17 ust. 3 ustawy systemowej). Interes ubezpieczonego w każdym ubezpieczeniu społecznym – w tym również w dobrowolnym ubezpieczeniu chorobowym – sprowadza się do uzyskania gwarancji ochrony przed zajściem ryzyka ubezpieczeniowego (w tym przypadku choroby lub macierzyństwa) oraz otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w razie jego zajścia. W sytuacji, gdy organ rentowy kwestionuje podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, ubezpieczony w postępowaniu sądowym ubiega się o ustalenie podlegania temu ubezpieczeniu przede wszystkim ze względu na uprawnienie do uzyskania świadczeń z tego ubezpieczenia, chodzi zatem o ochronę tego uprawnienia, nawet jeśli prawo do świadczenia miałyby być realizowane w innym (odrębnym) postępowaniu. W tej kategorii spraw ubezpieczony nie przystępuje do sporu z powodu chęci opłacenia składek na swoje ubezpieczenie wbrew wierzycielowi (organowi rentowemu) niechętnemu przyjęciu tego świadczenia, lecz z powodu zamiaru uzyskania ochrony ubezpieczeniowej lub samego świadczenia ubezpieczeniowego. W sprawach o podleganie

dobrowolnemu ubezpieczeniu społecznemu, które są wszczynane z odwołania ubezpieczonego, teoretycznie spór co do podlegania temu ubezpieczeniu może wystąpić przed zajściem ryzyka. W praktyce sprawy z odwołania od decyzji organu rentowego stwierdzającej brak podlegania ubezpieczeniu chorobowemu są wszczynane już po zaistnieniu ryzyka, a ich celem jest zapewnienie sobie przez ubezpieczonego dostępu do świadczenia. Potwierdzeniem tego jest kolejność zdarzeń w tego typu sprawach. Najpierw inicjowane jest postępowanie o zasiłek (art. 61b ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, Dz.U. z 2001 r., poz. 1133, dalej: ustawa zasiłkowa). W ramach tego postępowania podstawową przesłanką jest ustalenie, czy ryzyko zaszło w okresie ubezpieczenia (art. 6 ust. 1, art. 18 ust. 1, art. 23 ust. 1, art. 29 ust. 1 i art. 32 ust. 1 ustawy zasiłkowej) albo w innym okresie ochronnym. W razie powzięcia wątpliwości organ rentowy wszczyna postępowanie w sprawie podlegania ubezpieczeniu chorobowemu, którego efektem jest decyzja o niepodleganiu ubezpieczeniom społecznym w ogóle lub tylko o niepodleganiu ubezpieczeniu chorobowemu albo decyzja o umorzeniu postępowania, jeżeli wątpliwości okazały się nieuzasadnione. W przypadkach, o których była mowa w uchylonym art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej (obowiązującym do 31 grudnia 2021 r.), ubezpieczony składał wniosek o wyrażenie zgody na zapłatę składek po terminie, a organ rentowy decydował o wyrażeniu na to zgody. W stanie prawnym obowiązującym od 1 stycznia 2022 r. – po zmianach w art. 14 ustawy systemowej – przedmiotem sporu może być data objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym i/lub data ustania podlegania temu ubezpieczeniu. W każdym z tych przypadków ustalenie w sprawie podlegania ubezpieczeniu chorobowemu jest bezpośrednio związane z perspektywą otrzymania świadczenia z tego ubezpieczenia (np. zasiłku chorobowego, zasiłku macierzyńskiego) z uwagi na uprzednie wystąpienie zdarzenia losowego. Rzeczywisty interes ubezpieczonego w takich sporach polega na uzyskaniu dostępu do oczekiwanego świadczenia, a zatem istota sporu dotyczy podlegania ubezpieczeniu chorobowemu jako jednej z przesłanek warunkujących prawo do świadczenia.

Przy dokonywaniu oceny, w jaki sposób powinna być ustalona wartość przedmiotu zaskarżenia w sprawie z odwołania od decyzji o niepodleganiu dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, nie można pominąć celu istnienia systemu ubezpieczeń społecznych, które stanowią realizację konstytucyjnego prawa do zabezpieczenia społecznego. W systemie ubezpieczeń społecznych najważniejsza jest ochrona ubezpieczeniowa i wynikające z niej przysługiwanie ubezpieczonemu prawa do świadczenia w razie ziszczenia się ryzyka ubezpieczeniowego. Oparcie ustalenia wartości przedmiotu zaskarżenia na wysokości składki jako elemencie drugorzędnym (wtórnym w stosunku do ochrony i oczekiwanego świadczenia wynikającego z tej ochrony) może ograniczać realizację celu pierwszorzędnego, którym jest dostęp do świadczenia po zajściu ryzyka.

Można ponownie odwołać się do rozważań przedstawionych w uzasadnieniu uchwały z 20 lipca 2020 r., III UZP 2/16. Spory, w których płatnik składek domaga się ustalenia, że ubezpieczenie nie istnieje, to sprawy, w których – zgodnie ze stwierdzeniem zawartym w tej uchwale „chodzi zwykle przede wszystkim o to, czy w związku z podleganiem ubezpieczeniom społecznym powinny być uiszczane składki na te ubezpieczenia, a także ustalenie podstawy wymiaru składek, ustalenie osoby płatnika składek itd.” Wówczas rzeczywiście bliższym – czy wręcz skonkretyzowanym – celem jest konieczność uiszczenia składek i do tego świadczenia powinna się odnosić ustalana w sprawie wartość przedmiotu sporu lub zaskarżenia. Jednocześnie „w sprawach, w których ustalenie nieistnienia tytułu ubezpieczenia społecznego (ustalenie niepodlegania ubezpieczeniom społecznym) wiąże się ze wstrzymaniem wypłaty świadczeń oraz zwrotem nienależnie pobranych świadczeń, wartość tych świadczeń może stanowić podstawę ustalenia wartości przedmiotu sporu (zaskarżenia).” Katalog wymienionych spraw nie został w uchwale z 20 lipca 2020 r., III UZP 2/16, ustalony jako zamknięty i należy uzupełnić go o sprawy, w których ustalenie nieistnienia tytułu ubezpieczenia społecznego (ustalenie niepodlegania ubezpieczeniom społecznym) wiąże się z brakiem udzielenia ochrony z tytułu ryzyka, które już zaszło.

Podsumowując przedstawione rozważania, można stwierdzić, że w sprawach o podleganie lub niepodleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu (podobnie jak o podleganie lub niepodleganie innym

ubezpieceniom społecznym) wartość przedmiotu zaskarżenia ustalana jest zgodnie z art. 22 k.p.c., jednak to, jakie świadczenie będzie stanowiło podstawę obliczenia wartości przedmiotu sporu lub zaskarżenia (suma składek za sporny okres czy suma świadczeń z ubezpieczenia chorobowego), wymaga wcześniejszego ustalenia bezpośredniego przedmiotu sporu stron procesu.

W sporach organu z płatnikiem składek o podleganie ubezpieczeniu będzie nią najczęściej zobowiązanie płatnika do opłacenia składek (ewentualnie podstawa ich ustalenia, czyli wysokość składek). Jeżeli natomiast spór jest bezpośrednio związany ze zmaterializowanym już ryzykiem, za świadczenie w rozumieniu art. 22 k.p.c. należy uznać potencjalne świadczenie z ubezpieczenia chorobowego wypłacane przez organ rentowy na rzecz ubezpieczonego (np. zasiłek chorobowy, zasiłek macierzyński) i do niego odnieść wartość przedmiotu zaskarżenia.

Przedstawione argumenty przemawiały za podjęciem uchwały o treści zawartej w sentencji.

a.s.