



Sygn. akt I UK 251/14

## **WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 4 marca 2015 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Katarzyna Gonera (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Roman Kuczyński

SSA Bohdan Bieniek

w sprawie z odwołania Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej M. Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w O.  
przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych  
z udziałem zainteresowanej D. B.  
o podleganie ubezpieczeniom społecznym,  
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych w dniu 4 marca 2015 r.,  
skargi kasacyjnej organu rentowego od wyroku Sądu Apelacyjnego w [...] z dnia 19 lutego 2014 r.,

**1. uchyla zaskarżony wyrok w części dotyczącej ubezpieczenia zdrowotnego i w tym zakresie przekazuje sprawę do ponownego rozpoznania Sądowi Apelacyjnemu, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania kasacyjnego,**

**2. oddala skargę kasacyjną w pozostałym zakresie.**

## UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych decyzją z 16 września 2011 r. stwierdził, że D. B. w okresie od 2 listopada 2007 r. do 31 marca 2008 r. podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu, chorobowemu oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę zawartej z płatnikiem składek M. Spółką z o.o. w O.

Odwołanie od powyższej decyzji wniósł płatnik składek Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej M. Spółka z o.o. w O. Sąd Okręgowy w K. wyrokiem z 7 maja 2013 r., oddalił odwołanie.

Sąd Okręgowy ustalił, że 29 października 2007 r. i 31 stycznia 2008 r. płatnik składek zawarł z D.B. umowy nazwane umowami zlecenia, których przedmiotem było wykonywanie prac administracyjno-biurowych. Na tej podstawie zainteresowana D.B. wykonywała prace administracyjno-biurowe od 2 listopada 2007 r. do 31 marca 2008 r. Płatnik składek nie dokonał zgłoszeń zainteresowanej do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego z uwagi na złożenie przez nią oświadczenia, że jest studentką.

Sąd Okręgowy ocenił, że złożone przez płatnika składek odwołanie od decyzji organu rentowego jest niezasadne. Powołując się na art. 6 ust. 1, art. 8 ust. 1, art. 11 ust. 1, art. 12 ust. 1 i art. 13 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych Sąd Okręgowy przyjął, że w okresie wskazanym w zaskarżonej decyzji zainteresowana podlegała obowiązkowo ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowym, chorobowemu i wypadkowemu z tytułu pozostawania w stosunku pracy. W czasie realizacji spornych umów wykonywała czynności pod kierownictwem pracodawcy lub osoby przez niego wyznaczonej w określonym czasie i miejscu, potwierdzała stawienie się i zakończenie pracy podpisem na liście wejść i wyjść, miała obowiązek wykonywania poleceń przełożonych i nie mogła opuścić wcześniej miejsca pracy, w związku z czym zawarte przez nią z płatnikiem składek umowy z 29 października 2007 r. i z 31 stycznia 2008 r. w istocie były umowami o pracę. Zainteresowana swoją pracę wykonywała samodzielnie, ale w ramach podporządkowania pracowniczego, a prezes spółki lub inna osoba wydawała jej wiążące polecenia. Pracodawca organizował jej cały proces pracy, a powierzone czynności wykonywała w miejscu stanowiącym jego siedzibę, od poniedziałku do

piątku, przez osiem godzin dziennie, w trakcie pracy nie mogła opuszczać swojego stanowiska, zaś stawienie się do pracy oraz jej zakończenie było odnotowywane na stosownej liście. Ryzyko gospodarcze związane z realizacją powierzonych zainteresowanej obowiązków obciążało pracodawcę. Powierzone obowiązki realizowała przez osobiste świadczenie pracy. Zastrzeżenie w umowach możliwości zastępowania się w pracy przez inną osobę nie odbiera charakteru umowy o pracę, zwłaszcza gdy faktycznie takie zastępstwa nie miały miejsca, a inne cechy badanej umowy wskazują na przewagę cech charakterystycznych dla stosunku pracy. Chociaż podpisane przez strony umowy zostały nazwane umowami zlecenia, to nazwa umowy nie ma decydującego znaczenia dla oceny jej charakteru prawnego. Najważniejsze jest odwołanie się do istotnych cech stosunku pracy wynikających z przepisów prawa. O kwalifikacji stosunku łączącego strony umowy decyduje sposób jej wykonywania, a nie wyłącznie postanowienia umowy.

Apelację od wyroku Sądu Okręgowego wniósł Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej M., zarzucając błędy w ustaleniach faktycznych, a ponadto naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. oraz art. 65, art. 734 i art. 750 k.c., a także art. 22 § 1 i § 1<sup>1</sup> k.p.

Sąd Apelacyjny wyrokiem z 19 lutego 2014 r., zmienił zaskarżony wyrok oraz poprzedzającą go decyzję organu rentowego i stwierdził, że D. B. z tytułu zatrudnienia w Specjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej M. Spółce z o.o. nie podlegała obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu w okresie od 2 listopada 2007 r. do 31 marca 2008 r.

Sąd Apelacyjny stwierdził, że spór w niniejszej sprawie dotyczył istoty (charakteru) stosunku prawnego łączącego odwołującego się płatnika składek z zainteresowaną z tytułu zawartych umów w okresie od 2 listopada 2007 r. do 31 marca 2008 r. Rozstrzygnięcie sprawy zależało od ustalenia rodzaju umów z 29 października 2007 r. i z 31 stycznia 2008 r., w szczególności wyjaśnienia, czy były umowami o pracę, czy też umowami zlecenia.

Odwołując się do bogatego orzecznictwa Sądu Najwyższego dotyczącego wykładni art. 22 § 1 k.p., a także art. 734 i nast. k.c., Sąd Apelacyjny doszedł do wniosku, że zainteresowaną i płatnika składek łączyła umowa zlecenia, a nie umowa o pracę.

Stosunek pracy różni się od stosunku powstającego na podstawie umów zlecenia, z których wynika obowiązek świadczenia usług w warunkach braku podporządkowania zleceniobiorcy kierownictwu dającego zlecenie (art. 734 i nast. k.c.). O rodzaju zawartej umowy decyduje nie tylko i nie tyle jej nazwa, ile cel i zgodny zamiar stron, a podleganie bądź niepodleganie ubezpieczeniu społecznemu wynika z prawdziwego (rzeczywistego) charakteru zatrudnienia, a nie z samego zawarcia określonej umowy. O ustaleniu charakteru umowy o świadczenie pracy nie może przesądzać jednoznacznie jeden jej element, ale całokształt okoliczności faktycznych.

Sąd Apelacyjny dokonał odmiennej niż Sąd pierwszej instancji analizy i oceny prawnej zebranego materiału dowodowego, która prowadziła do wniosku, że pracująca w M. Spółce z o.o. studentka D. B. wykonywała pracę na podstawie umowy zlecenia, a nie na podstawie umowy o pracę. Ze złożonych przez nią zeznań wynika, że w ramach zawartych umów zajmowała się wykonywaniem statystyk, projektów graficznych na komputerze oraz wykonywaniem czynności z zakresu rejestracji, przy czym ich zakres wyznaczały bieżące potrzeby zleceniodawcy, w którego dyspozycji pozostawała. Ta dyspozycyjność nie była tożsama z podporządkowaniem pracowniczym, gdyż nie miała jednego bezpośredniego przełożonego, wykonującego czynności w imieniu pracodawcy, lecz w zależności od wykonywanych czynności była kontrolowana przez informatyka albo kierownika rejestracji. Obowiązywał ją z góry sprecyzowany zakres czynności, przy czym zlecane czynności mogła wykonywać bez nadzoru zleceniodawcy, a umowa przewidywała możliwość jej wykonania – za zgodą zleceniodawcy – przez osobę trzecią. Zainteresowana miała elastyczny czas pracy, w piątki, z uwagi na rozpoczynanie zajęć na uczelni o godzinie 14.00, wychodziła z pracy wcześniej, co „odrabiała” w inne dni. Okoliczność, że za każdy miesiąc zatrudnienia zainteresowana otrzymywała wynagrodzenie w innej wysokości, przemawia za wiarygodnością twierdzeń płatnika składek, że wypłata wynagrodzenia następowała na podstawie przedłożonych przez nią rachunków, po stwierdzeniu prawidłowości i terminowości wykonania zleconych czynności, na podstawie zestawienia godzin z podpisywanych przez nią list. Zawarta umowa nie gwarantowała zainteresowanej żadnych świadczeń socjalnych, urlopów, ochrony w

zakresie czasu pracy. Strony zgodnie wyraziły swoją wolę i D. B. jako osoba świadcząca usługi wiedziała, jakiej treści umowę podpisuje i godziła się na przedstawione jej warunki. Kwalifikacja prawna stosunku prawnego dokonana przez same strony, nadanie zawartej umowie ustawowej nazwy (zlecenie) jest także jednym z elementów treści oświadczenia woli, który należy uwzględnić, dokonując interpretacji tego oświadczenia i w konsekwencji właściwej subsumcji (kwalifikacji prawnej) zawartej umowy. W ocenie Sądu Apelacyjnego ten istotny element oceny prawnej został w rozważaniach Sądu pierwszej instancji potraktowany marginalnie. Skoro strony zawarły umowy zlecenia i – jak wynika ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego – faktycznie zmierzały do ukształtowania stosunku prawnego, w którym zainteresowana zobowiązywała się do wykonania określonych czynności na rzecz zleceniodawcy, a ten z tytułu zleconych czynności wedle rachunku wypłacał jej wynagrodzenie po terminowym i prawidłowym ich wykonaniu, to zainteresowana nie była pracownikiem wnioskodawcy i nie podlegała z tego tytułu ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu w okresie od 2 listopada 2007 r. do 31 marca 2008 r.

Skargę kasacyjną od wyroku Sądu Apelacyjnego wniósł w imieniu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych jego pełnomocnik, zaskarżając wyrok ten w całości.

Skarga kasacyjna została oparta na podstawach: 1) naruszenia przepisów postępowania, a mianowicie: a) art. 379 pkt 1 k.p.c. w związku z art. 378 § 1 k.p.c., przez wydanie orzeczenia merytorycznego w zakresie podlegania przez zainteresowaną ubezpieczeniu zdrowotnemu, mimo wystąpienia negatywnej przesłanki procesowej w postaci niedopuszczalności drogi sądowej, oraz nieuwzględnienie tej okoliczności przez Sąd drugiej instancji z urzędu, co powoduje nieważność postępowania apelacyjnego; b) art. 386 § 1 k.p.c. oraz art. 386 § 2 k.p.c. w związku z art. 378 § 1 k.p.c., przez nieuwzględnienie nieważności postępowania przed Sądem pierwszej instancji wywołanej przyczyną wskazaną w art. 379 pkt 1 k.p.c., ponieważ Sąd Okręgowy, wydając rozstrzygnięcie w zakresie podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu, orzekał w sprawie, w której droga sądowa jest niedopuszczalna, co doprowadziło w konsekwencji do zastosowania art. 386 § 1 k.p.c. i zmiany wyroku Sądu Okręgowego, mimo konieczności uchylenia wyroku, zniesienia postępowania w zakresie dotkniętym nieważnością i przekazania sprawy

Sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania; 2) naruszenia przepisów prawa materialnego, a mianowicie: art. 109 i art. 110 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.), przez ich niezastosowanie w sprawie, co doprowadziło do oddalenia apelacji organu rentowego, podczas gdy uwzględnienie powyższych regulacji prawnych doprowadziłoby Sąd Apelacyjny do wniosku, że w sprawie zachodzi nieważność postępowania spowodowana niedopuszczalnością drogi sądowej, gdyż w postępowaniu o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym po wyczerpaniu drogi administracyjnej właściwy jest tryb sądowo-administracyjny.

Skarżący wniósł o uchylenie w całości zaskarżonego skargą kasacyjną orzeczenia i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Apelacyjnemu, ewentualnie o uchylenie w całości zaskarżonego wyroku Sądu Apelacyjnego i poprzedzającego go wyroku Sądu Okręgowego i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania temu Sądowi oraz zasądzenie na rzecz wnoszącego skargę kasacyjną kosztów zastępstwa procesowego.

W ocenie skarżącego skarga kasacyjna jest uzasadniona, ponieważ Sądy obu instancji orzekły w warunkach niedopuszczalności drogi sądowej, albowiem w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, ze względu na przedmiot, sprawa nie podlegała orzecznictwu sądów powszechnych. Zgodnie z art. 109 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpatruje indywidualne sprawy z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego. Do indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego zalicza się sprawy dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i ustalenia prawa do świadczeń. Odwołanie od decyzji wydanej w sprawach, o których mowa, wnosi się do Prezesa Funduszu. Od decyzji Prezesa Funduszu w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje skarga do sądu administracyjnego. Dla spraw związanych z objęciem ubezpieczeniem zdrowotnym przewidziany został administracyjny i sądowo-administracyjny tryb dochodzenia roszczeń. Zdaniem organu rentowego, nieuwzględnienie przez Sąd Apelacyjny art. 109 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w

procesie orzekania doprowadziło do wydania rozstrzygnięcia merytorycznego, mimo istnienia przeszkody w postaci niedopuszczalności drogi sądowej. Zdaniem skarżącego zaskarżony wyrok narusza przepisy prawa regulujące kwestie związane z objęciem ubezpieczeniem zdrowotnym w zakresie, w jakim określają one właściwość organów administracyjnych i sądów administracyjnych do rozpoznawania tego rodzaju spraw, a przede wszystkim uchybia tym normom prawa procesowego, które nakazywały Sądowi drugiej instancji uwzględnienie z urzędu nieważności postępowania i niepodjęcie rozstrzygnięcia merytorycznego.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna okazała się częściowo uzasadniona, co doprowadziło do częściowego uchylecia zaskarżonego wyroku. Zarzuty skargi zostały skierowane tylko przeciwko rozstrzygnięciu Sądu Apelacyjnego w części dotyczącej orzeczenia o niepodleganiu zainteresowanej ubezpieczeniu zdrowotnemu, nie dotyczyły natomiast w żadnym stopniu orzeczenia o niepodleganiu ubezpieczeniom społecznym. Do rozstrzygnięcia o niepodleganiu ubezpieczeniom społecznym ze względu na zawarcie przez płatnika składek i zainteresowaną umowy zlecenia w czasie, gdy zainteresowana była studentką, organ rentowy nie zgłosił jakichkolwiek zarzutów – czy to dotyczących naruszeń prawa materialnego, czy to procesowego. W tej części skarga kasacyjna okazała się nie tylko nieuzasadniona, ale nieuzasadniona w sposób oczywisty.

Zgodnie z art. 398<sup>13</sup> § 1 k.p.c., Sąd Najwyższy rozpoznaje skargę kasacyjną w granicach zaskarżenia oraz w granicach podstaw. Organ rentowy zaskarżył wyrok Sądu Apelacyjnego „w całości”, jednak w części obejmującej rozstrzygnięcie o niepodleganiu zainteresowanej ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu i chorobowemu nie przedstawił żadnych zarzutów ani argumentów co do nieprawidłowości rozstrzygnięcia w tej części.

Przy rozpoznawaniu skargi kasacyjnej należało przede wszystkim rozważyć, czy nie doszło do nieważności postępowania z uwagi na niedopuszczalność drogi sądowej, czyli przesłankę nieważności określoną w art. 379 pkt 1 k.p.c.

Nieważność postępowania z uwagi na niedopuszczalność drogi sądowej ma miejsce wówczas, gdy sprawa w ogóle nie jest sprawą cywilną albo też będąc nią, została wyłączona spod kompetencji sądów powszechnych. Normatywna definicja sprawy cywilnej jako przedmiotu sądowego postępowania cywilnego (art. 1 k.p.c.) obejmuje swoim zakresem zarówno sprawy cywilne oparte na stosunkach cywilnoprawnych, tj. stosunkach społecznych regulowanych przez normy prawa cywilnego (prywatnego) w szerokim znaczeniu, w których jako strony występują równoprawne podmioty, jak i sprawy, które nie są sprawami cywilnymi ze swej natury, a o ich formalnie „cywilnym charakterze” decyduje przepis szczególnie przyznający sądom powszechnym kompetencje do rozpoznania danej sprawy w sądowym postępowaniu cywilnym. Sprawy z zakresu ubezpieczeń społecznych stanowią sprawy cywilne w znaczeniu formalnoprawnym; przepisy Kodeksu postępowania cywilnego przewidują dla nich drogę postępowania cywilnego, chociaż samo prawo ubezpieczeń społecznych nie jest prawem cywilnym (prywatnym), lecz prawem publicznym.

Stosownie do art. 476 § 2 k.p.c. przez sprawy z zakresu ubezpieczeń społecznych rozumie się m.in. sprawy, w których wniesiono odwołanie od decyzji organów rentowych, dotyczących ubezpieczeń społecznych, emerytur i rent, innych świadczeń w sprawach należących do właściwości Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Z kolei zgodnie z art. 83 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2013 r., poz. 1442, powoływanej dalej jako „ustawa systemowa”), Zakład wydaje decyzje w zakresie indywidualnych spraw dotyczących w szczególności: zgłaszania do ubezpieczeń społecznych; przebiegu ubezpieczeń; ustalania wymiaru składek i ich poboru, a także umarzania należności z tytułu składek; ustalania wymiaru składek na Fundusz Emerytur Pomostowych i ich poboru, a także umarzania należności z tytułu tych składek; ustalania uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych i wymiaru świadczeń z ubezpieczeń społecznych. W wymienionych wyżej sprawach przysługuje odwołanie do właściwego sądu powszechnego w terminie i według zasad określonych w przepisach Kodeksu postępowania cywilnego, po pierwsze – od decyzji Zakładu (art. 83 ust. 2 ustawy systemowej) oraz po drugie – w razie

niewydania decyzji w terminie dwóch miesięcy, licząc od dnia zgłoszenia wniosku o świadczenie lub inne roszczenia (art. 83 ust. 3 tej ustawy).

W sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych zakres rozpoznania sądu wyznacza treść decyzji organu rentowego. Powyższe stanowisko poparte jest utrwalonym orzecznictwem Sądu Najwyższego, w którym przyjmuje się, że w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych przedmiot rozpoznania sprawy sądowej wyznacza decyzja organu rentowego, od której wniesiono odwołanie (por. postanowienia Sądu Najwyższego: z 20 stycznia 2010 r., II UZ 49/09, LEX nr 583831 i z 13 maja 1999 r., II UZ 52/99, OSNAPIUS 2000 nr 15, poz. 601 oraz wyroki Sądu Najwyższego: z 23 kwietnia 2010 r., II UK 309/09, LEX nr 604210 i z 26 maja 2011 r., II UK 360/10, LEX nr 901610).

Zaskarżona decyzja organu rentowego obejmowała swym zakresem rozstrzygnięcie w zakresie podlegania zainteresowanej ubezpieczeniom społecznym oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu. Została wydana na podstawie: art. 83 ust. 1 pkt 1, art. 91 ust. 5, art. 68 ust. 1 pkt 1 lit a, art. 6 ust. 1 pkt 1, art. 8 ust. 1, art. 11 ust. 1, art. 12 ust. 1, art. 13 pkt 1 art. 36 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych w związku z art. 66 ust. 1 pkt 1a, art. 69 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Podstawą prawną wydania zaskarżonej decyzji organu rentowego nie były natomiast art. 109 i 110 tej ostatniej ustawy, dlatego nie można uznać, że doszło do naruszenia tych przepisów przez Sąd Apelacyjny. Sąd Apelacyjny nie stosował art. 109 i 110 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ponieważ nie było żadnych powodów do ich zastosowania. Przepisy te stanowią o indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, które rozpatruje dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Do indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego zalicza się sprawy dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i ustalenia prawa do świadczeń. W rozpoznawanej sprawie nie mamy do czynienia z decyzją dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczącej objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym (decyzja taka podlegałaby zaskarżeniu do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, a następnie do wojewódzkiego sądu

administracyjnego), tylko z decyzją organu rentowego, który stwierdził, że konsekwencją objęcia zainteresowanej obowiązkowymi ubezpieczeniami społecznymi z tytułu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę jest objęcie jej także z mocy ustawy obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym.

W ujęciu historycznym decyzje w sprawach o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym wydawały kasy chorych, a od ich rozstrzygnięć stronie przysługiwało odwołanie do sądu pracy i ubezpieczeń społecznych w terminach i na zasadach określonych w przepisach Kodeksu postępowania cywilnego w postępowaniu odrębnym w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych (por. art. 147 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz.U. z 1997 r. Nr 28, poz. 153 ze zm.). Taki sam sposób rozstrzygania spraw dotyczących podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu przewidywał art. 148 ust. 1 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. z 2003 r. Nr 45, poz. 391), zgodnie z którym do kompetencji Prezesa Funduszu należało rozpatrywanie indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego. Do indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego zalicza się w szczególności sprawy dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i ustalenia prawa do świadczeń. Od decyzji Prezesa Funduszu w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego przysługiwało odwołanie do właściwego sądu w terminach i na zasadach określonych w przepisach Kodeksu postępowania cywilnego o postępowaniu w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych (art. 148 ust. 3).

Stan prawny uległ zmianie od 1 października 2004 r. w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z art. 109 ust. 1 tej ustawy, dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) rozpatruje indywidualne sprawy z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego. Do indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego zalicza się sprawy dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i ustalenia prawa do świadczeń (ust. 1). Do spraw, o których mowa w ust. 1, nie należą sprawy z zakresu wymierzania i pobierania składek na ubezpieczenie zdrowotne, należące do właściwości organów ubezpieczeń społecznych (ust. 2). Wniosek o rozpatrzenie sprawy, o której mowa w

ust. 1, zgłasza ubezpieczony, a w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym wniosek może zgłosić w szczególności Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub członek rodziny ubezpieczonego, także w zakresie dotyczącym objęcia ubezpieczeniem w okresie poprzedzającym złożenie wniosku (ust. 3). Dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ rozpatruje sprawy, o których mowa w ust. 1, wydając decyzję. Uzasadnienie decyzji sporządza się z urzędu (ust. 4). Odwołanie od decyzji wydanej w sprawach, o których mowa w ust. 1, wnosi się do Prezesa NFZ w terminie 7 dni od dnia jej otrzymania (ust. 5). W sprawach, o których mowa w ust. 1, w zakresie nieregulowanym ustawą, stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.

Mimo zmian legislacyjnych w orzecznictwie Sądu Najwyższego dominuje stanowisko, że ubezpieczenie zdrowotne ma charakter ubezpieczenia społecznego, niezależnie od jego odrębności organizacyjnej, uzasadnionej odmiennością przedmiotu ochrony (por. wyrok Sądu Najwyższego z 10 czerwca 2014 r., II UK 464/13, LEX nr 1483952, postanowienie Sądu Najwyższego z 18 października 2004 r., I UZ 35/04, OSNP 2005 nr 7, poz. 101). Ścisły związek obu rodzajów ubezpieczenia wyraża się w podleganiu ubezpieczeniu zdrowotnemu z mocy prawa. W orzecznictwie przyjmuje się, że jeżeli decyzją Zakładu Ubezpieczeń Społecznych zostanie stwierdzone, iż określona osoba podlegała w określonym czasie obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym, to skutkiem tego jest objęcie tej osoby z mocy prawa obowiązkowo ubezpieczeniem zdrowotnym, co nie wymaga potwierdzenia decyzją dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 1 lipca 2014 r., III AUa 14/14, LEX nr 1493715). Podobnie w wyroku z 29 stycznia 2014 r., II UK 257/13 (LEX nr 1438803), Sąd Najwyższy podkreślił, że jeżeli decyzją Zakładu Ubezpieczeń Społecznych zostanie stwierdzone, iż dana osoba, jako zleceniobiorca, podlegała w określonym czasie obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym z tytułu umowy zlecenia, to skutkiem tego jest objęcie tej osoby z mocy prawa obowiązkowo ubezpieczeniem zdrowotnym, co nie wymaga potwierdzenia decyzją dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ. Wydanie takiej decyzji byłoby konieczne jedynie wówczas, gdyby ustawa o świadczeniach stwierdzała, że objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym następuje na podstawie decyzji wydanej przez dyrektora oddziału

wojewódzkiego NFZ. Takiego przepisu nie ma jednak w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Z art. 109 ust. 1 tej ustawy wynika jedynie, że dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ rozpatruje indywidualne sprawy z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, przy czym do indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego zalicza się sprawy dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i ustalenia prawa do świadczeń. Przepis ten należy rozumieć w ten sposób, że wydanie decyzji przez NFZ jest konieczne w przypadkach szczególnych, tj. wówczas, gdy chodzi o osoby, które ubiegają się o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne, albowiem o zawarciu z daną osobą umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego decyduje wyłącznie ta instytucja, czy też w sytuacjach wątpliwych, tj. wtedy, kiedy dopiero decyzja NFZ może rozstrzygnąć istniejące wątpliwości co do podlegania przez daną osobę obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu.

Podleganie ubezpieczeniu zdrowotnemu z mocy prawa w przypadku objęcia z mocy prawa ubezpieczonego ubezpieczeniami społecznymi nabiera w rozpoznawanej sprawie istotnego znaczenia z punktu widzenia zarzutów kasacyjnych. Z ustaleń Sądu drugiej instancji (którymi Sąd Najwyższy jest związany z mocy art. 398<sup>13</sup> § 2 k.p.c.) wynika, że zainteresowana D. B. podjęła współpracę z odwołującym się płatnikiem składek na podstawie umów zlecenia. Podejmując współpracę z płatnikiem składek zainteresowana była studentką (poniżej 26 roku życia). Zgodnie z art. 6 ust. 4 ustawy systemowej, osoby określone w art. 6 ust. 1 pkt 4 (np. zleceniobiorcy) nie podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, jeżeli są uczniami gimnazjów, szkół ponadgimnazjalnych, szkół ponadpodstawowych lub studentami, do ukończenia 26 lat. Z tego powodu Sąd Apelacyjny przyjął, że zainteresowana nie podlegała obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym (emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu, chorobowemu) w okresie stwierdzonym w zaskarżonym wyroku.

Ubezpieczeniu zdrowotnemu podlegają osoby spełniające warunki do objęcia ubezpieczeniami społecznymi, które są osobami wykonującymi pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące zlecenia lub osobami z nimi współpracującymi (art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. e ustawy o świadczeniach

opieki zdrowotnej). Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego (stosownie do art. 69 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej) powstaje i wygasa w terminach określonych w przepisach o ubezpieczeniach społecznych. Zgodnie z art. 13 pkt 2 ustawy systemowej, obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu podlegają zleceniobiorcy – od dnia oznaczonego w umowie jako dzień rozpoczęcia jej wykonywania do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia tej umowy.

Obowiązek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego (albo ich brak) powstaje z mocy prawa i trwa przez cały czas spełniania warunków objętych dyspozycją przywołanych norm prawnych. Chwila zarówno powstania, jak i ustania obowiązku ubezpieczenia została określona w sposób ścisły w przepisach prawa i jest ona niezależna od woli lub świadomości stron (por. wyrok Sądu Najwyższego z 29 stycznia 2014 r., II UK 257/13, LEX nr 1438803). W konsekwencji objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym, jeżeli następuje z mocy ustawy, a nie na wniosek zainteresowanego, nie wymaga decyzji Narodowego Funduszu Zdrowia, a uzyskanie prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego jest uzależnione tylko od dokonania czynności zgłoszeniowych określonych w art. 74-76 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (por. wyrok Sądu Najwyższego z 26 marca 2007 r., I UK 284/06, Monitor Prawa Pracy 2007 nr 8, poz. 432). Innymi słowy, jeżeli w wyniku postępowania sądowego (tak jak w niniejszej sprawie) zostanie stwierdzony brak przesłanek do podlegania obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym, to skutkiem tego jest również brak z mocy prawa podstaw do objęcia obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym. Wydanie w tym przedmiocie decyzji przez organ rentowy jest zbędne.

W doktrynie przyjmuje się wykładnię art. 109 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która zakłada konieczność wydania decyzji przez Narodowy Fundusz Zdrowia w przypadku ubiegania się zainteresowanego o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne albo w sytuacjach wątpliwych, tj. wtedy, gdy decyzja może rozstrzygać istniejące wątpliwości co do podlegania przez daną osobę obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu (por. G. Machulak, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sikorko, Komentarz do art. 109 i art. 110 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, 2010, LEX nr 8041). Takich przesłanek w rozpoznawanej

sprawie nie ma. Zatem – wbrew zarzutom skargi kasacyjnej – nie mogło dojść do naruszenia art. 109 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. (Na marginesie należy zwrócić uwagę, że zarzut naruszenia tego przepisu nie został poprawnie sformułowany, gdyż skarżący nieprawidłowo przytacza cały art. 109 ustawy, który zawiera liczne ustępy, zamiast wybranych regulacji adekwatnych do treści zarzutów.).

Podsumowując dotychczasowe rozważania należy stwierdzić, że wtedy, gdy istota sporu koncentruje się na ocenie charakteru zawartej umowy (umowa o pracę czy umowa zlecenia), ustalenie przez organ rentowy pracowniczego tytułu podlegania obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu, a następnie zmiana zaskarżonej decyzji w toku postępowania sądowego i ustalenie przez sąd ubezpieczeń społecznych braku podstaw podlegania ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu, nie prowadzi do nieważności postępowania w rozumieniu art. 379 pkt 1 k.p.c. Orzekanie w przedmiocie podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu jest zbędne. W takim wypadku sąd powinien jednak z urzędu dostrzec wadę decyzji organu rentowego, w której stwierdzono podleganie ubezpieczeniu zdrowotnemu, a następnie dokonać korekty decyzji w tej części, w jakiej zawarto zbyteczne odniesienie się do nieistniejącego *de facto* ubezpieczenia zdrowotnego. Zakres postępowania sądowego wyznacza treść zaskarżonej decyzji. Z decyzji zaskarżonej w niniejszej sprawie wynika, że organ rentowy błędnie stwierdził również ustawowy (wynikający z mocy prawa) obowiązek podlegania przez zainteresowaną ubezpieczeniu zdrowotnemu (przy przyjęciu pracowniczego tytułu ubezpieczenia społecznego, podleganie ubezpieczeniu zdrowotnemu następowało bowiem z mocy prawa). Ten błąd organu rentowego nie może być utożsamiany z rozstrzygnięciem przez sąd powszechny sprawy, która nie należy do drogi postępowania cywilnego. O nieważności postępowania w sprawie z zakresu ubezpieczeń społecznych można by mówić wówczas, gdyby przed wydaniem decyzji przez organ rentowy w sprawie dotyczącej podlegania ubezpieczeniom społecznym sąd powszechny rozpoznał sprawę, mimo czasowej niedopuszczalności drogi sądowej. Nie można mówić o nieważności postępowania z powodu niedopuszczalności drogi sądowej wówczas, gdy organ rentowy wydał na

podstawie art. 83 ust. 1 ustawy systemowej decyzję podlegającą zaskarżeniu do sądu powszechnego, choćby ta decyzja była wadliwa.

Skoro w rozpoznawanej sprawie organ rentowy objął zakresem rozstrzygnięcia kwestię ubezpieczenia zdrowotnego, chociaż nie miał do tego wystarczających podstaw prawnych (normy kompetencyjnej), to decyzja w części dotyczącej tego ubezpieczenia powinna być uchylona przez Sąd drugiej instancji na podstawie art. 477<sup>14a</sup> k.p.c. Należy zauważyć, że takiego uprawnienia nie miał Sąd pierwszej instancji i nie ma również obecnie Sąd Najwyższy. W ten sposób pozwany organ rentowy uzyska możliwość dokonania technicznej korekty zaskarżonej decyzji, zawierającej elementy zbędne w świetle prawa.

Odnosząc się do zarzutów naruszenia przepisów prawa procesowego, należy stwierdzić, że nie miało miejsca w rozpoznawanej sprawie naruszenie art. 378 § 1 k.p.c. Sąd Apelacyjny rozważył wszystkie zarzuty podniesione w apelacji. Dotyczyły one kwestii przesłanek podlegania ubezpieczeniu społecznemu z tytułu wykonywania pracy zarobkowej przez zainteresowaną. Nie jest uzasadniony zarzut naruszenia art. 378 § 1 w związku z art. 379 pkt 1 k.p.c., ponieważ nie doszło przed Sądem Okręgowym do nieważności postępowania z powodu niedopuszczalności drogi sądowej, którą Sąd Apelacyjny powinien był uwzględnić z urzędu niezależnie od zarzutów podniesionych w apelacji płatnika składek.

Zgodnie z utrwalonym stanowiskiem Sądu Najwyższego, zarzut naruszenia art. 386 k.p.c. (podobnie jak art. 385 k.p.c.) zasadniczo nie może stanowić samodzielnej podstawy kasacyjnej obejmującej naruszenie przepisów postępowania. Podniesione w skardze kasacyjnej zarzuty naruszenia art. 386 § 1 i 2 k.p.c. mogą prowadzić do jej uwzględnienia jedynie wtedy, gdy zostały jednocześnie skutecznie przytoczone naruszenia innych przepisów postępowania lub prawa materialnego prowadzące do wniosku, że sąd drugiej instancji błędnie ocenił zasadność apelacji (zob. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 21 lutego 2013 r., IV CSK 385/12, OSNC 2013 nr 10, poz. 119). W części dotyczącej podlegania ubezpieczeniom społecznym (emerytalnemu, rentowemu, chorobowemu i wypadkowemu) apelacja płatnika składek została oceniona jako skutecznie prowadząca do zmiany wyroku Sądu Okręgowego (art. 386 § 1 k.p.c.), a skarżący

organ rentowy nie przedstawił w skardze kasacyjnej żadnych zarzutów naruszenia prawa materialnego lub procesowego, które mogłyby podważyć zasadność zastosowania przez Sąd Apelacyjny art. 386 § 1 k.p.c. do tej części rozstrzygnięcia.

Zarzut naruszenia art. 386 § 2 k.p.c. jest wystarczający do zakwestionowania nieuwzględnienia przez sąd drugiej instancji nieważności postępowania przed sądem pierwszej instancji (por. wyrok Sądu Najwyższego z 2 października 2009 r., II PK 105/09, OSNP 2011 nr 9-10, poz. 125), a zatem pośredniej oceny, dokonywanej w ramach postępowania kasacyjnego, czy postępowanie pierwszoinstancyjne prowadzone było w warunkach nieważności postępowania. Wobec tego zarzut niezastosowania art. 386 § 2 k.p.c. mógłby odnieść zamierzony skutek, gdyby w postępowaniu przed Sądem Okręgowym zaistniała którakolwiek z podstaw nieważności objęta art. 379 k.p.c., do czego nie doszło w rozpoznawanej sprawie.

Na zakończenie należy zauważyć, że Sąd Najwyższy zajął analogiczne stanowisko w podobnej sprawie, z odwołania tego samego płatnika składek (por. wyrok z 17 lutego 2015 r., I UK 231/14).

Mając powyższe na uwadze, Sąd Najwyższy z mocy art. 398<sup>15</sup> § 1 k.p.c. uchylił wyrok Sądu Apelacyjnego w części dotyczącej ubezpieczenia zdrowotnego, a w pozostałym zakresie oddalił skargę kasacyjną na podstawie art. 398<sup>14</sup> k.p.c.