



Sygn. akt I UK 90/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 kwietnia 2018 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Krzysztof Staryk (przewodniczący)

SSN Zbigniew Korzeniowski

SSN Maciej Pacuda (sprawozdawca)

w sprawie z odwołania S. L.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w O.

o ustalenie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń
Społecznych w dniu 19 kwietnia 2018 r.,

skargi kasacyjnej ubezpieczonej od wyroku Sądu Apelacyjnego w [...]

z dnia 13 lipca 2016 r., sygn. akt III AUa [...],

**uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę Sądowi
Apelacyjnemu w [...] do ponownego rozpoznania i orzeczenia o
kosztach postępowania kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O. decyzją nr [...] z dnia 20 października 2014 r. stwierdził, że odwołująca się S. L. podlega z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej dobrowolnemu ubezpieczeniu

chorobowemu we wskazanych w tej decyzji okresach pomiędzy dniem 5 listopada 2007 r. a dniem 31 marca 2011 r. oraz od dnia 1 maja 2011 r.

Sąd Okręgowy – Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w K. wyrokiem z 26 marca 2015 r., wydanym na skutek odwołania wniesionego przez odwołującą się od wyżej opisanej decyzji, zmienił tę decyzję i ustalił, że odwołująca się nie podlega z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od dnia 1 listopada 2013 r. do dnia 30 listopada 2013 r. Sąd Okręgowy przyjął bowiem, iż odwołująca się zapłaciła składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za listopad 2013 r. z uchybieniem terminu, co skutkowało ustaniem tego ubezpieczenia od dnia 1 listopada 2013 r., a wniosek o ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym został zgłoszony w grudniu 2013 r.

Wskutek apelacji organu rentowego, Sąd Apelacyjny – Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w [...] wyrokiem z 1 grudnia 2015 r. uchylił wyrok Sądu pierwszej instancji i przekazał sprawę temu Sądowi do ponownego rozpoznania.

Sąd drugiej instancji, aprobując stanowisko Sądu Okręgowego, że wobec nieopłacenia przez odwołującą się składki na ubezpieczenie chorobowe w terminie ustało ono od dnia 1 listopada 2013 r., uznał równocześnie, że brak było jednak ustaleń umożliwiających weryfikację przyjętej przez Sąd pierwszej instancji daty 30 listopada 2013 r. jako daty końcowej okresu, w którym odwołująca się nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. W konsekwencji, Sąd drugiej instancji wskazał na potrzebę ustalenia, kiedy ponownie, po listopadzie 2013 r., został złożony przez odwołującą się wniosek o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, a konkretnie jaka była końcowa data okresu, w którym podlegała ona wyłączeniu z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego wskutek uchybienia terminowi płatności składki na to ubezpieczenie za listopad 2013 r.

Po ponownym rozpoznaniu sprawy, Sąd Okręgowy wyrokiem z dnia 30 marca 2010 r. zmienił decyzję organu rentowego i ustalił, że odwołująca się nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 1 listopada 2013 r. do lutego 2014 r.

Sąd Okręgowy ustalił, że odwołująca się prowadziła działalność gospodarczą od dnia 10 października 2007 r. Z tego tytułu zgłosiła się do dobrowolnego

ubezpieczenia chorobowego od dnia 5 listopada 2007 r. W trakcie przebiegu ubezpieczenia dobrowolnego kilkakrotnie zdarzały się jednak sytuacje, w których odwołująca się uchybiała terminowi płatności składki na ubezpieczenie dobrowolne. Wyłączano ją wtedy z ubezpieczenia chorobowego, a wskutek uiszczenia w terminie składki na to ubezpieczenie za kolejny okres, do tego ubezpieczenia włączano. Powyższe działania nie były przez odwołującą się i organ rentowy kwestionowane w trakcie przebiegu dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego odwołującej się.

Za listopad 2013 r. odwołująca się uiściła składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w dniu 17 grudnia 2013 r. Zakład zwrócił zaś na rzecz odwołującej się nadpłatę składki na koncie w dniu 15 maja 2014 r., po jej wniosku złożonym w dniu 17 kwietnia 2014 r.

Odwołująca się w okresie od dnia 12 lutego 2014 r. do dnia 20 maja 2014 r. była niezdolna do pracy z powodu choroby, a następnie ubiegała się o świadczenia z ubezpieczenia społecznego od dnia 21 maja 2014 r. z tytułu urodzenia dziecka. W piśmie z dnia 11 lipca 2014 r. zakwestionowała też podstawę wymiaru zasiłków wypłaconych z ubezpieczenia społecznego: chorobowego i macierzyńskiego. Organ rentowy w dniu 8 sierpnia 2014 r. wydał, z kolei, decyzję, w której odmówił odwołującej się prawa do zmiany podstawy wymiaru zasiłku chorobowego i macierzyńskiego. W odwołaniu od tej decyzji odwołująca się podniosła zaś, że organ rentowy błędnie ustalił przebieg dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Odwołująca się do października 2013 r. była ubezpieczona od najniższej podstawy wymiaru, a od grudnia 2013 r. zadeklarowała podstawę wymiaru w kwocie 9000 zł, podobnie za styczeń 2014 r. W celu rozstrzygnięcia sporu, jaką podstawę wymiaru należało przyjąć do ustalenia wysokości przysługujących odwołującej się świadczeń z ubezpieczenia społecznego, została natomiast wydana sporna w niniejszej sprawie decyzja jako decyzja prejudycjalna, określająca przebieg dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego odwołującej się.

Sąd pierwszej instancji stwierdził również, że odwołująca się, jak przesądził Sąd Apelacyjny w wyroku z dnia 1 grudnia 2015 r., od dnia 1 listopada 2013 r. nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Spór w niniejszej sprawie przy ponownym rozpoznaniu sprowadzał się więc do tego, do kiedy trwał okres

niepodlegania przez odwołującą się dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, które ustało z powodu uchybienia terminowi płatności składki za listopad 2013 r.

Powołując się na tak ustalony stan faktyczny sprawy, Sąd Okręgowy przypomniał, że dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają na swój wniosek osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnymi i rentowymi wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8, 10 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. Art. 14 ust. 1 wymienionej ustawy stanowi zaś, że objęcie dobrowolnie ubezpieczeniami, także chorobowymi, następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony, z zastrzeżeniem ustępu 1a. Z kolei, zgodnie z art. 14 ust. 2 ustawy systemowej, ubezpieczenia chorobowe dobrowolne ustają od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z ubezpieczeń, nie wcześniej niż od dnia, kiedy wniosek został złożony bądź od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie należnej składki na to ubezpieczenie.

Powołując się na te regulacje, Sąd pierwszej instancji podkreślił, że we wszystkich przypadkach do powstania stosunku prawnego dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego niezbędny jest wniosek ubezpieczonego, który musi być wyraźny i jednoznaczny. Nie można przyjąć dorozumianego oświadczenia zainteresowanego o objęciu dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Sam fakt opłacenia składki na ubezpieczenie społeczne przez osobę wyłączonej z możliwości objęcia tym ubezpieczeniem nie może rodzić skutków prawnych odmiennych od wyraźnych regulacji ustawowych. Jeśli zatem odwołująca się uchybiła terminowi do opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za listopad 2013 r., to wspomniane ubezpieczenie wygasło od dnia 1 listopada 2013 r. Samo opłacenie składki na to ubezpieczenie za grudzień 2013 r. w terminie nie spełniało natomiast tego warunku.

Uwzględniając powyższe rozważania, Sąd Okręgowy zauważył, że wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym po listopadzie 2013 r., do momentu wystąpienia przez odwołującą się z roszczeniem o świadczenia z ubezpieczenia społecznego od 12 lutego 2014 r., nie został przez nią złożony. Nie mógł natomiast ostać się argument odwołującej się, że sporna decyzja organu

rentowego z dnia 20 października 2014 r., stwierdzająca podleganie przez nią dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, m.in. od dnia 1 maja 2011 r. do nadal, została zaskarżona jedynie co do przerwy w tym ubezpieczeniu w listopadzie 2013 r., a w związku z tym została przesądzona kwestia podlegania przez odwołującą się dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 1 grudnia 2013 r. i w dalszych miesiącach do rozpoczęcia przez nią korzystania ze świadczeń z tego ubezpieczenia. Stosunek ubezpieczenia nie jest bowiem kreowany przez decyzję organu rentowego. W przypadku dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego musi być tytuł do tego ubezpieczenia oraz złożenie wniosku o objęcie tym ubezpieczeniem. W niniejszej sprawie, wskutek kwestionowania przez odwołującą się ciągłości ubezpieczenia dobrowolnego od maja 2011 r., przez twierdzenie, że w listopadzie 2013 r. nastąpiła przerwa w ubezpieczeniu chorobowym, należało przyznać rację odwołującej się, że od dnia 1 listopada 2013 r. nastąpiło ustanie jej ubezpieczenia chorobowego. Konsekwencją powyższego było jednak stwierdzenie, że po listopadzie 2013 r. odwołująca się nie złożyła wniosku o objęcie ponownie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, a więc nie podlegała temu ubezpieczeniu także w grudniu 2013 r., styczniu i lutym 2014 r. do momentu, kiedy wystąpiła o świadczenia z ubezpieczenia chorobowego.

Sąd Apelacyjny - Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w [...] wyrokiem z dnia 13 lipca 2016 r. oddalił apelację wniesioną przez odwołującą się od wyroku Sądu pierwszej instancji.

W opinii Sądu Apelacyjnego, nietrafny był w szczególności apelacyjny zarzut naruszenia art. 321 § 1 k.p.c. Sąd ten zaznaczył, że nie ulega wątpliwości, że w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych przedmiot rozpoznania sprawy sądowej wyznacza decyzja organu rentowego, od której wniesiono odwołanie (art. 477⁹ k.p.c. i art. 477¹⁴ k.p.c.). Będąca przedmiotem sporu decyzja organu rentowego z 20 października 2014 r. dotyczyła zaś podlegania przez odwołującą się dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej i stwierdzała, że odwołująca się podlega temu ubezpieczeniu, m.in. od dnia 1 maja 2011 r. W odwołaniu od tej decyzji odwołująca się zakwestionowała wskazany w niej okres trwania ubezpieczenia chorobowego podnosząc, że - wobec opłacenia po terminie składki na to ubezpieczenie za

listopad 2013 r. - od dnia 1 listopada 2013 r. ustało jej dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Z powyższych względów odwołująca się wniosła o zmianę decyzji w zakresie wskazanego okresu trwania ubezpieczenia chorobowego oraz korektę podstawy wymiaru zasiłku chorobowego i macierzyńskiego oraz wypłatę wynikających z tej weryfikacji należności.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, Sąd Okręgowy, zmieniając zaskarżonym wyrokiem decyzję z dnia 20 października 2014 r., przez ustalenie, że odwołująca się nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 1 listopada 2013 r. do lutego 2014 r., nie wyszedł więc poza granice tej decyzji. Przeciwnie, korygując wskazany w niej czasokres podlegania przez odwołującą się dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, Sąd rozpatrzył odwołanie w granicach przez tę decyzję wyznaczonych, tj. w odniesieniu do stanu faktycznego, który był podstawą jej wydania. To odwołanie ubezpieczonej częściowo wykraczało poza granice spornej decyzji, gdyż zawierało również żądanie korekty podstawy wymiaru zasiłku chorobowego i macierzyńskiego oraz wypłaty tych należności, czyli dotyczyło kwestii, których decyzja ta nie obejmowała.

W opinii Sądu Apelacyjnego, odwołująca się nie miała także racji, wskazując, że Sąd pierwszej instancji bezpodstawnie przyjął, że odwołująca się nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 1 listopada 2013 r. do lutego 2014 r. Z niekwestionowanych ustaleń Sądu pierwszej instancji jednoznacznie wynikało bowiem, że składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za listopad 2013 r. odwołująca się opłaciła w dniu 17 grudnia 2013 r., czyli po terminie. Poza sporem było również, że nie złożyła ona wniosku o wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie na to ubezpieczenie, a na jej wniosek z dnia 17 kwietnia 2014 r. istniejąca nadpłata na koncie została przez organ rentowy zwrócona w dniu 15 maja 2014 r. Tym samym, Sąd pierwszej instancji prawidłowo przyjął, że - zgodnie z art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych - dobrowolne ubezpieczenie chorobowe odwołującej się ustało z dniem 1 listopada 2013 r., czego zresztą ona sama nie kwestionowała. Jak trafnie podkreślił przy tym Sąd Okręgowy, przy ponownym rozpoznaniu sprawy spór dotyczył ostatecznie wyłącznie kwestii, do kiedy trwał okres niepodlegania przez odwołującą się dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, które ustało z powodu uchybienia terminowi płatności

składki za listopad 2013 r. Wynikało to również jednoznacznie z treści uzasadnienia wyroku Sądu Apelacyjnego z dnia 1 grudnia 2015 r., w którym zostały zawarte wskazania co dalszego biegu postępowania w niniejszej sprawie po uchyleniu poprzedniego orzeczenia Sądu pierwszej instancji. Zgodnie z treścią art. 386 § 6 zdanie pierwsze k.p.c., ocena prawna i wskazania co do dalszego przebiegu postępowania wyrażone w uzasadnieniu wyroku sądu drugiej instancji wiążą zaś zarówno sąd, któremu sprawa została przekazana, jak i sąd drugiej instancji przy ponownym rozpoznaniu sprawy.

Sąd Apelacyjny w pełni zaaprobował również stanowisko Sądu Okręgowego, że nie można było przyjąć dorozumianego oświadczenia odwołującej się o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 1 grudnia 2013 r. z samego faktu opłacenia w terminie składki na to ubezpieczenie za grudzień 2013 r. Z utrwalonego w tej mierze orzecznictwa Sądu Najwyższego jednoznacznie wynika bowiem, że warunkiem powstania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą jest złożenie wyraźnego wniosku o objęcie takim ubezpieczeniem. Jeśli zaś po wygaśnięciu z dniem 1 listopada 2013 r. stosunku dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego odwołująca się, zarówno w grudniu 2013 r., jak i w styczniu 2014 r. oraz w lutym 2014 r. nie złożyła jednoznacznego wniosku o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej, to zasadnie Sąd pierwszej instancji przyjął, że nie podlegała ona w tym okresie temu ubezpieczeniu. Prawidłowo również uznał Sąd Okręgowy, że stosunek ubezpieczenia nie jest kreowany przez decyzję organu rentowego. W przypadku dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego musi istnieć tytuł tego ubezpieczenia (tu: prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej) oraz złożenie wniosku o objęcie tym ubezpieczeniem.

Odwołująca się S. L. wniosła do Sądu Najwyższego skargę kasacyjną od wyroku Sądu Apelacyjnego z dnia 13 lipca 2016 r., zaskarżając ten wyrok w całości oraz zarzucając mu naruszenie przepisów postępowania, to jest:

1) art. 385 k.p.c. w związku z art. 233 § 1 k.p.c. w związku z art. 321 k.p.c. oraz art. 477¹⁰ § 1 i 2 k.p.c. i art. 477¹⁴ § 1 i 2 k.p.c., przez nieuzasadnione oddalenie apelacji przez Sąd drugiej instancji w konfrontacji z okolicznością, że Sąd

Apelacyjny za dopuszczalne i uprawnione uznał to, iż Sąd Okręgowy mógł przekroczyć przysługujące mu kompetencje dotyczące zakresu i granic badania sprawy i jej rozstrzygnięcia w aspekcie sprawy z zakresu ubezpieczeń społecznych (wynikające z art. 477 § 1 k.p.c. i art. 477¹⁴ § 1 i 2 k.p.c.) i w omawianym przypadku zakwestionował ważność tytułu wnioskodawczyni do podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu za okres nieobjęty odwołaniem (tj. za okres od dnia 1 grudnia 2013 r. do lutego 2014 r.), w sytuacji, w której Sąd pierwszej instancji jako organ odwoławczy winien był rozstrzygnąć sprawę w granicach zakreślonych przez art. 477¹⁰ § 1 k.p.c. w związku z art. 477¹⁴ § 1 i 2 k.p.c. i nie miał uprawnienia do wyręczania, czy też zastępowania organu administracyjnego w zakresie zmiany decyzji w obszarze nieobjętym odwołaniem, co miało istotny wpływ na wynik sprawy, albowiem nie pozostało to bez wpływu na obiektywne i prawidłowe rozpoznanie sprawy przez Sąd pierwszej instancji, a za nim przez Sąd drugiej instancji, prowadząc w efekcie końcowym do wydania orzeczenia obejmującego obszar niezaskarżony oraz niesporny;

2) art. 328 § 2 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c., art. 378 § 1 k.p.c. i art. 382 k.p.c. oraz art. 386 § 6 k.p.c., przez niejednoznaczne wskazanie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia oraz przez nieodniesienie się, przez Sąd drugiej instancji do wszystkich podniesionych w treści apelacji zarzutów zgłoszonych przez stronę odwołującą się, w tym całkowite pominięcie i nieodniesienie się do zgłoszonych w apelacji zarzutów naruszenia prawa materialnego, tj. art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8, 10, jak też lakoniczne odniesienie się do kwestii naruszenia art. 14 ust. 1 i ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niezasadne uznanie, że Sąd drugiej instancji jest związany wyrokiem z dnia 1 grudnia 2015 r., co miało wpływ na wynik sprawy, ponieważ w konsekwencji przeprowadzona w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku ocena prawna w zakresie zastosowania przepisów prawa materialnego do ustalonego stanu faktycznego jest co najmniej niepełna, a przez to niewystarczająca do stanowczego rozstrzygnięcia sporu,

a także naruszenie prawa materialnego, to jest:

art. 14 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, przez dokonanie nieprawidłowej wykładni

przedmiotowego przepisu i uznanie, że warunkiem koniecznym do objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej jest złożenie jednoznacznego wniosku o objęcie tym tytułem ubezpieczenia, podczas gdy prawidłowa wykładnia omawianego przepisu prowadzi do stwierdzenia, że złożenie wniosku nie jest koniecznym warunkiem nawiązania stosunku ubezpieczenia społecznego - w tym dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, jeżeli wola podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej została ujawniona w sposób wyraźny, co miało istotny wpływ na wynik sprawy, albowiem w konsekwencji zastosowania nieprawidłowej wykładni doprowadziło do uznania przez Sąd drugiej instancji, że odwołująca się od dnia 1 grudnia 2013 r. do lutego 2014 r. nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Powołując się na tak sformułowane zarzuty kasacyjne, skarżąca wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi Apelacyjnemu w [...] do ponownego rozpoznania z pozostawieniem temu Sądowi rozstrzygnięcia o kosztach postępowania za drugą instancję i postępowanie kasacyjne.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Rozpatrywana w niniejszym postępowaniu skarga kasacyjna jest uzasadniona w zakresie naruszenia art. 477¹⁰ § 1 k.p.c. oraz art. 477¹⁴ § 1 i 2 k.p.c., a w konsekwencji również art. 321 § 1 k.p.c.

Wstępnie Sąd Najwyższy przypomina, że jak wynika z ustaleń faktycznych dokonanych przez Sąd drugiej instancji, mających wiążący charakter w postępowaniu kasacyjnym (art. 398¹³ § 2 k.p.c.), organ rentowy decyzją nr [...] z dnia 20 października 2014 r. stwierdził, że skarżąca podlega z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w wymienionych w tej decyzji okresach między dniem 5 listopada 2007 r. a dniem 31 marca 2011 r. oraz (nieprzerwanie) od dnia 1 maja 2011 r. W odwołaniu wniesionym od tej decyzji skarżąca domagała się natomiast stwierdzenia ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego (tylko) w listopadzie 2013 r., a

nadto ustalenia nowej podstawy wymiaru zasiłku chorobowego od miesiąca, za który składka została opłacona w terminie, to jest od grudnia 2013 r.

Wypada w związku z tym podkreślić, że w orzecznictwie Sądu Najwyższego utrwalone jest stanowisko, zgodnie z którym przedmiot rozpoznania sprawy sądowej wyznacza decyzja oraz wniesione od niej odwołanie (por. uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 14 marca 2014 r., I UZP 4/13, LEX nr 1469177; wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 7 maja 2013 r., I UK 12/13, LEX nr 1331260; z dnia 23 kwietnia 2010 r., II UK 309/09, LEX nr 604210; z dnia 18 lutego 2010 r., III UK 75/09, OSNP 2011 nr 15-16, poz. 215, a także postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 2 lutego 2012 r., II UK 275/11, LEX nr 1215286). W orzecznictwie podnosi się też, że przedmiot sporu w sprawach ubezpieczeniowych determinuje w pierwszej kolejności przedmiot decyzji organu rentowego zaskarżonej do sądu ubezpieczeń społecznych, a w drugim rzędzie zakres odwołania od tej decyzji, ponieważ rozpoznając odwołanie od decyzji organu rentowego, sąd ubezpieczeń społecznych rozstrzyga o zasadności odwołania w granicach wyznaczonych, z jednej strony, zakresem samego odwołania, a z drugiej przez przedmiot decyzji (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 1 września 2010 r., III UK 15/10, LEX nr 667499; z dnia 9 września 2010 r., II UK 84/10, LEX nr 661518; z dnia 6 września 2000 r., II UKN 685/99, OSNAPiUS 2002 nr 5, poz. 121 oraz postanowienia Sądu Najwyższego: z dnia 13 maja 1999 r., II UZ 52/99, OSNP 2000 nr 15, poz. 601 i z dnia 13 października 2009 r., II UK 234/08, LEX nr 553692; z dnia 2 marca 2011 r., II UZ 1/11, LEX nr 844747; z dnia 18 lutego 2010 r., III UK 75/09, OSNP 2011 nr 15-16, poz. 215; z dnia 3 lutego 2010 r., II UK 314/09, LEX nr 604214).

Postępowanie sądowe w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych poprzedza decyzja organu administracyjnego (Zakładu Ubezpieczeń Społecznych) w zakresie indywidualnych spraw wymienionych przykładowo w art. 83 ust. 1 pkt 1-5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Decyzja ta wyraża stanowisko organu jako strony postępowania administracyjnego, które może być zakwestionowane w drodze odwołania (art. 83 ust. 2 ustawy systemowej w związku z art. 476 § 2 k.p.c. i art. 477⁹ k.p.c.), przy czym odwołanie to może odnosić się zarówno do całej decyzji, jak i do poszczególnych jej elementów (poszczególnych rozstrzygnięć zawartych w jej podstawie). Treść decyzji wyznacza zatem zakres i

przedmiot rozpoznania sądowego, w którym sąd rozstrzyga o zasadności wniosku w granicach przedmiotu zaskarżonej decyzji. Sąd nie działa w zastępstwie organu rentowego, w związku z czym nie ustala *ab initio* prawa do świadczeń i choć samodzielnie oraz we własnym zakresie rozstrzyga wszelkie kwestie związane z prawem lub wysokością świadczenia objętego decyzją, to jego rozstrzygnięcie odnosi się do zaskarżonej decyzji (art. 477 § 2, art. 477¹⁴ § 2 i art. 477^{14a} k.p.c.). Przeniesienie sprawy na drogę sądową przez wniesienie odwołania od decyzji organu rentowego ogranicza się więc, z jednej strony, do okoliczności uwzględnionych w decyzji, z drugiej zaś, spornych między stronami, co oznacza, że poza tymi okolicznościami spór sądowy nie może zaistnieć (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 13 maja 1999 r., II UZ 52/99, OSNAPiUS 2000 nr 15, poz. 601 oraz z dnia 25 maja 1999 r., II UKN 622/99, OSNAPiUS 2000 nr 15, poz. 591; z dnia 9 września 2010 r., II UK 84/10, LEX nr 661518).

Wprawdzie, zgodnie z art. 477¹⁰ § 1 k.p.c., odwołanie powinno zawierać jedynie oznaczenie zaskarżonej decyzji oraz określenie i zwięzłe uzasadnienie zarzutów, a zatem jest ono odformalizowane i w odróżnieniu od pism procesowych składanych przez strony w „zwykłym” postępowaniu cywilnym nie musi spełniać wymogów formalnych określonych w art. 126 k.p.c., art. 127 k.p.c. i art. 187 k.p.c., co powoduje, że nie musi też dokładnie i precyzyjnie określać żądania i za wystarczający należy uznać zawarty w nim przekaz, z którego wynika, że ubezpieczony nie zgadza się z rozstrzygnięciem zawartym w decyzji, od której zostało wniesione odwołanie (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 20 maja 2004 r., II UK 396/03, OSNP 2005 nr 1, poz. 12; z dnia 7 stycznia 2013 r., III UK 26/12, LEX nr 1276228 oraz postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 9 czerwca 2006 r., III UK 40/06, OSNP 2007 nr 13-14, poz. 206), jednakże może również dokładnie określać żądanie (jego zakres przedmiotowy), oczywiście pod warunkiem, że będzie ono mieścić się w granicach przedmiotu sporu objętego zaskarżoną decyzją (por. art. 477¹⁰ § 2 k.p.c.). Sformułowane w taki sposób żądanie będzie wówczas wyznaczać właściwy przedmiot rozpoznania i wyrokowania przez sąd, który – w myśl art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. – w razie uwzględnienia odwołania zmieni zaskarżoną decyzję w całości lub w części i orzeknie co do istoty sprawy określonej w odwołaniu.

Co już wcześniej zostało zasygnalizowane, skarżąca w swoim odwołaniu wniesionym od decyzji organu rentowego stwierdzającej, między innymi, że podlega ona dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 1 maja 2011 r., domagała się stwierdzenia ustania tego ubezpieczenia (tylko) w listopadzie 2013 r. Tymczasem, Sądy *meriti*, co trafnie wytyka rozpatrywana skarga kasacyjna, wyszły poza tak określony przedmiot rozpoznania i wyrokowania, gdyż rozstrzygnęły nie tylko o niepodleganiu przez skarżącą dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu we wskazanym przez nią miesiącu, ale także (ponad zakres odwołania) w kolejnych miesiącach, to jest w grudniu 2013 r. oraz w styczniu i lutym 2014 r.

Zdaniem Sądu Najwyższego, zaskarżony wyrok narusza zatem art. 477¹⁰ § 1 k.p.c. w związku z art. 477¹⁴ § 1 i 2 k.p.c. Narusza też art. 321 § 1 k.p.c., zgodnie z którym sąd nie może wyrokować co do przedmiotu, który nie był objęty żądaniem, ani zasądzać ponad żądanie. Przepis ten stanowi przejaw jednej z fundamentalnych zasad procesu cywilnego, to jest zasady dyspozycyjności (rozporządzalności), polegającej między innym na przyznaniu stronie prawa swobodnego dysponowania uprawnieniami o charakterze procesowym, w tym określania zakresu poszukiwanej ochrony prawnej. Określenie to ma charakter wiążący, co sprawia, że sąd nie może orzekać o tym, czego strona nie żądała ani wychodzić poza żądanie, a więc rozstrzygać o tym, czego strona pod osąd nie przedstawiła. Zakaz orzekania ponad żądanie oznacza, że o treści wyroku zarówno w sensie pozytywnym, jak i negatywnym decyduje żądanie strony. Sąd nie może zasądzić czego innego od tego, czego żądał powód, więcej niż żądał powód, ani na innej podstawie faktycznej niż wskazana przez powoda. Zakaz orzekania ponad żądanie odnosi się zatem albo do samego żądania albo do jego podstawy faktycznej (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 15 października 2010 r., III UK 20/10, LEX nr 694242; z dnia 8 października 2015 r., I UK 452/14, LEX nr 1816588; z dnia 26 stycznia 2017 r., II PK 333/15, OSNP 2018 nr 3, poz. 33).

Bezzasadne są natomiast pozostałe zarzuty sformułowane w rozpatrywanej skardze kasacyjnej. Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Sąd Najwyższy uznaje za konieczne przypomnieć, że treść oraz kompozycja art. 398³ k.p.c. wskazuje, że choć generalnie dopuszczalne jest oparcie skargi kasacyjnej na podstawie naruszenia przepisów postępowania, to jednak z wyłączeniem zarzutów

dotyczących ustalenia faktów lub oceny dowodów, choćby naruszenie odnośnych przepisów mogło mieć istotny wpływ na wynik sprawy. Inaczej mówiąc, niedopuszczalne jest oparcie skargi kasacyjnej na podstawie, którą wypełniają takie właśnie zarzuty. Przepis art. 398³ § 3 k.p.c. wprowadzie nie wymienia *expressis verbis* konkretnych przepisów, których naruszenie, w związku z ustalaniem faktów i przeprowadzaniem oceny dowodów, nie może być przedmiotem zarzutów wypełniających drugą podstawę kasacyjną, nie ulega jednak wątpliwości, że obejmuje on art. 233 k.p.c., albowiem właśnie ten przepis określa kryteria oceny wiarygodności i mocy dowodów (por. pośród wielu wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 19 października 2010 r., II PK 96/10, LEX nr 687025, z dnia 24 listopada 2010 r., I UK 128/10, LEX nr 707405, czy też z dnia 24 listopada 2010 r., I PK 107/10, LEX nr 737366). Dlatego podnoszony w skardze kasacyjnej zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. nie może być rozpatrywany przez Sąd Najwyższy.

Co do naruszenia art. 385 k.p.c. wypada z kolei podnieść, że przepis ten jest adresowany do sądu drugiej instancji i przesądza o tym, w jaki sposób ma on rozstrzygnąć sprawę, jeżeli stwierdzi, że apelacja jest bezzasadna. O jego naruszeniu mogłaby być zatem mowa jedynie wtedy, gdyby sąd drugiej instancji stwierdził, że apelacja jest niezasadna, a ją uwzględnił, czego skarżąca przecież nie zarzuca. Natomiast sąd drugiej instancji nie narusza art. 385 k.p.c., jeżeli oddali apelację na podstawie oceny, że jest ona bezzasadna, niezależnie od twierdzenia strony, że była uzasadniona.

Nieuzasadniony jest także zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c., art. 378 § 1 k.p.c. i art. 382 k.p.c. Uzasadnienie zaskarżonego wyroku zawiera bowiem wszystkie elementy konstrukcyjne wymagane treścią art. 328 § 2 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c., to znaczy w szczególności wskazanie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia oraz wyjaśnienie jego podstawy prawnej z przytoczeniem przepisów prawa, a jego treść pozwala na prześledzenie toku rozumowania Sądu drugiej instancji i poznanie motywów, które stanowiły podstawę zapadłego w sprawie wyroku. Jeśli zaś chodzi o nieodniesienie się przez Sąd drugiej instancji do apelacyjnych zarzutów naruszenia prawa materialnego, to należy podkreślić, że zarzuty te (w przeciwieństwie do zarzutów procesowych) nie wiążą sądu rozpoznającego apelację, skoro rozpoznaje on sprawę, a nie sam

środek zaskarżenia, będąc sądem merytorycznym i dokonując między innymi własnych ustaleń faktycznych, a także samodzielnie ustalając podstawę prawną rozstrzygnięcia niezależnie od zarzutów podniesionych w apelacji (por. uchwałę składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 31 stycznia 2008 r., III CZP 49/07, mającą moc zasady prawnej, OSNC 2008 nr 6, poz. 55).

Również bezzasadny jest zarzut naruszenia art. 386 § 6 k.p.c., skoro przepis ten wyraźnie stanowi, że ocena prawna i wskazania co do dalszego postępowania wyrażone w uzasadnieniu wyroku sądu drugiej instancji wiążą zarówno sąd, któremu sprawa została przekazana, jak i sąd drugiej instancji, przy ponownym rozpoznaniu sprawy. Nie dotyczy to jednak wypadku, gdy nastąpiła zmiana stanu prawnego. Ocena prawna (co do zasady) obejmuje przy tym przepisy prawa materialnego i procesowego oraz oznacza wyjaśnienie przez sąd drugiej instancji istotnej treści tych przepisów i sposobu ich wykładni. Z kolei wskazania co do dalszego postępowania wyznaczają sądowi pierwszej instancji główne sfery działalności, przede wszystkim w zakresie postępowania dowodowego. W wyniku związania sąd pierwszej instancji ma obowiązek zastosować się do przedstawionej mu oceny prawnej oraz wykonać wszystkie zawarte w pisemnych motywach wskazówki co do uzupełnienia postępowania dowodowego i zweryfikowania podanych w wątpliwość ustaleń faktycznych lub ponownego rozważenia tych okoliczności, które, według oceny sądu drugiej instancji, rzutują na końcowe rozstrzygnięcie sprawy. Uprawnienie sądu odwoławczego obejmuje zatem wiążące dla sądu pierwszej instancji wypowiedzenie się zarówno w przedmiocie przepisów prawa materialnego, jak i prawa procesowego. W te granice judykatura włącza określenie, jakie okoliczności zostały dostatecznie wyjaśnione, w jakim zakresie powinny być wykorzystane materiały z poprzedniego postępowania i jakie czynności procesowe pozostały do wykonania w celu usunięcia stwierdzonych uchybień. Instrukcje te nie mogą jedynie narzucać określonej oceny materiału dowodowego i przesądzać o ustaleniach faktycznych. (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 18 sierpnia 2015 r., III PZ 5/15, LEX nr 2051072 oraz powołane tam orzecznictwo). W okolicznościach faktycznych niniejszej sprawy Sąd Apelacyjny w uzasadnieniu wyroku z dnia 1 grudnia 2015 r. zaaprobował zaś stanowisko Sądu pierwszej instancji jedynie w odniesieniu do ustalenia, że

dobrowolne ubezpieczenie chorobowe skarżącej ustało od dnia 1 listopada 2013 r., podkreślając natomiast brak ustaleń umożliwiających weryfikację przyjętej przez Sąd pierwszej instancji daty 30 listopada 2013 r. jako daty końcowej okresu, w którym skarżąca nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. W tym zakresie wskazał więc na potrzebę ustalenia, kiedy ponownie został złożony przez skarżącą wniosek o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym i to wskazanie, wbrew odmiennemu stanowisku skarżącej, było wiążące, zarówno dla Sądu pierwszej, jak i drugiej instancji, ponownie rozpoznających sprawę, skoro bez wątplenia nie doszło w niej do zmiany stanu prawnego.

Nie jest uzasadniony także podniesiony w rozpatrywanej skardze kasacyjnej zarzut naruszenia art. 14 ust. 1 i 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Mają bowiem rację Sady obu instancji, uznając, że warunkiem powstania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą jest złożenie wyraźnego wniosku o objęcie takim ubezpieczeniem.

Wypada przypomnieć, że stosownie do art. 11 ust. 2 w związku z art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą, objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, podlegają ubezpieczeniu chorobowemu jedynie dobrowolnie, na swój wniosek. W myśl art. 36 ust. 3 powołanej ustawy obowiązek zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy systemowej, należy do tych osób. Zgodnie z art. 36 ust. 5 ustawy, osoby, które są obejmowane ubezpieczeniami społecznymi na zasadach dobrowolności, zgłaszają wniosek o objęcie ich ubezpieczeniem w terminie przez siebie wybranym, z tym że objęcie ich tymi ubezpieczeniami następuje od dnia wskazanego we wniosku, jednakże nie wcześniej niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony (art. 14 ust. 1 ustawy). Dobrowolne ubezpieczenie ustaje z kolei w okolicznościach wymienionych w art. 14 ust. 2 ustawy, to jest: 1) od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony; 2) od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie - w przypadku osób prowadzących

pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących, duchownych oraz osób wymienionych w art. 7; w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, z zastrzeżeniem ust. 2a; 3) od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom.

Dokonując wykładni powołanych wyżej przepisów, Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00 (OSNP 2003 nr 10, poz. 257), wydanym w stanie faktycznym, w którym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonego ustało z mocy prawa wskutek niedotrzymania ustawowego terminu zapłaty należnych składek na ten rodzaj ubezpieczenia, wyjaśnił, że ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym wymaga złożenia w tym zakresie ponownego wniosku przez zainteresowanego. Wykładnia językowa art. 11 ust. 2 oraz art. 14 ust. 1 i 1a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych wskazuje bowiem na konieczność złożenia przez ubezpieczonego odpowiedniego wniosku jako warunku objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Pogląd ten został następnie podtrzymany w wyroku z dnia 29 marca 2012 r., I UK 339/11 (OSNP 2013 nr 5-6, poz. 68), w uzasadnieniu którego Sąd Najwyższy podkreślił, że w każdym przypadku ustania tytułu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu społecznemu (art. 14 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych), ponowne objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami społecznymi wymaga złożenia nowego wniosku przez zainteresowanego, natomiast samo opłacanie składek na dobrowolne ubezpieczenie społeczne po ustaniu z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia nie powoduje dalszego trwania ochrony ubezpieczeniowej z wygasłego stosunku ubezpieczenia społecznego. Nie można przyjąć dorozumianego oświadczenia zainteresowanego o objęcie go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, gdyż brak do tego podstaw. Do stosunków ubezpieczenia społecznego - jako stosunków regulowanych prawem publicznym - nie ma zastosowania art. 60 k.c., zgodnie z którym wola osoby dokonującej czynności prawnej może być wyrażona przez każde zachowanie się tej osoby, które ujawnia jej wolę w sposób dostateczny. Przepis ten reguluje składanie oświadczeń woli *per facta concludentia* w stosunkach cywilnych (regulowanych prawem prywatnym). Nie ma podstaw do odpowiedniego stosowania przepisów Kodeksu cywilnego do wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem

społecznym. Przystąpienie do ubezpieczenia społecznego nie jest czynnością prawną prawa cywilnego, do której można stosować wymieniony przepis oraz inne przepisy Kodeksu cywilnego. Nie jest również czynnością prawa pracy, jak np. umowa o pracę, do której można byłoby na podstawie art. 300 k.p. stosować odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego. Wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym musi być więc wyraźny i jednoznaczny, nie jest natomiast wystarczające samo opłacanie przez zainteresowanego składek na to ubezpieczenie oraz przyjmowanie tych składek przez organ rentowy (por. także wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 22 lipca 2009 r., I UK 70/09, LEX nr 529763; 28 listopada 2002 r., II UK 93/02, LEX nr 577471; z dnia 6 września 2012 r., II UK 36/12, LEX nr 1218196 i z dnia 26 listopada 2014 r., II UK 56/14, OSNP 2016 nr 6, poz. 75; z dnia 9 lipca 2015 r., I UK 376/14, OSNP 2017 nr 6, poz. 72). Osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega ubezpieczeniu chorobowemu na zasadzie dobrowolności, a objęcie tym ubezpieczeniem realizuje się przez zgłoszenie stosownego wniosku (art. 11 ust. 2 i art. 36 ust. 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych).

Podsumowując ten wątek rozważań, należy jednak podkreślić, że przedstawiona wykładnia przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych dotyczących powstania i ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego powinna zostać uwzględniona przez organ rentowy, który może przecież wydać w tym przedmiocie odpowiednią decyzję, a nie przez Sądy obu instancji, które z przyczyn wyżej podniesionych nie są uprawnione nie tylko do wyjścia poza ośnowę decyzji organu rentowego, ale również ponad żądanie wyraźnie i precyzyjnie określone w odwołaniu, a przez to wyznaczające ostatecznie zakres rozpoznania i rozstrzygnięcia w sądowym postępowaniu odwoławczym.

Kierując się przedstawionymi motywami, Sąd Najwyższy uznaje, iż mimo bezzasadności większości zarzutów podniesionych w rozpatrywanej skardze kasacyjnej, omówione na wstępie podzielenie ich części (naruszenie art. 477¹⁰ § 1 k.p.c. i art. 477¹⁴ § 1 i 2 k.p.c. oraz art. 321 § 1 k.p.c.) musi prowadzić do wydania w sprawie wyroku kasacyjnego. Dlatego, opierając się na podstawie art. 398¹⁵ § 1 k.p.c., a w odniesieniu do kosztów postępowania kasacyjnego na podstawie

art. 108 § 2 k.p.c. w związku z art. 398²¹ k.p.c., Sąd Najwyższy orzekł jak w sentencji swego wyroku.