

POSTANOWIENIE

Dnia 19 listopada 2024 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Romualda Spyt

w sprawie z odwołania K. C.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w Częstochowie

o ustalenie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń

Społecznych w dniu 19 listopada 2024 r.,

skargi kasacyjnej ubezpieczonej od wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach

z dnia 21 kwietnia 2023 r., sygn. akt III AUa 1547/21,

- 1. odmawia przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania,**
- 2. zasądza od K.C. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w Częstochowie kwotę 240 (dwieście czterdzieści) zł tytułem zwrotu kosztów postępowania kasacyjnego z ustawowymi odsetkami z art. 98 § 1¹ k.p.c.**

UZASADNIENIE

Decyzją z 23 listopada 2020 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Częstochowie stwierdził, że K. C. z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresach od 1 kwietnia 2020 r. do 30 czerwca 2020 r. i od 1 sierpnia 2020 r. do 31 sierpnia 2020 r.

Decyzją z 28 grudnia 2020 r. organ rentowy stwierdził, że K. C. podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresach od 1 maja 2020 r. do 30 czerwca 2020 r. i od 1 sierpnia 2020 r. do 31 sierpnia 2020 r.

Wyrokiem z dnia 1 lipca 2021 r. Sąd Okręgowy w Częstochowie oddalił odwołania K. C. od obu decyzji.

Sąd Apelacyjny w Katowicach, wyrokiem z dnia 21 kwietnia 2023 r. oddalił apelację odwołującą się od wyroku Sądu Okręgowego.

W sprawie ustalono, że w dniu 26 marca 2020 r. K. C. złożyła wniosek o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, jednak w złożonej następnie 16 kwietnia 2020 r. deklaracji ZUS DRA za marzec 2020 r. nie rozliczyła składki na to ubezpieczenie.

Za kwiecień 2020 r. odwołująca się nie złożyła w terminie deklaracji rozliczeniowej, wobec czego została ona systemowo wygenerowana przez organ rentowy na podstawie deklaracji za poprzedni miesiąc i w konsekwencji również nie obejmowała składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe.

W dniu 18 maja 2020 r. K. C. złożyła deklarację rozliczeniową za miesiąc kwiecień 2021 r., obejmującą składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe.

Za maj 2020 r. odwołująca się ponownie nie złożyła w terminie deklaracji rozliczeniowej, wobec czego została ona systemowo wygenerowana przez organ rentowy na podstawie deklaracji za kwiecień 2020 r. złożonej 18 maja 2020 r. i dlatego objęła składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe.

W dniu 30 czerwca 2020 r. odwołująca się złożyła wniosek o zwolnienie z obowiązku opłacania należności z tytułu składek za okres od marca do maja 2020 r. Wniosek ten został rozpatrzony pozytywnie i pismem z 31 lipca 2020 r. organ rentowy poinformował ubezpieczoną o zwolnieniu jej z opłacania należności tytułu składek za:

- marzec 2020 r. w kwocie 1.347,85 zł,
- kwiecień 2020 r. w kwocie 1.424,69 zł,
- maj 2020 r. w kwocie 1.424,69 zł.

Powyższe zwolnienie nie obejmowało składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za marzec 2020 r., albowiem nie była ona objęta deklaracją rozliczeniową złożoną 16 kwietnia 2020 r.

Deklarację rozliczeniową za czerwiec 2020 r. ubezpieczona złożyła w ustawowym terminie, a składki na ubezpieczenia społeczne, w tym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, opłaciła w terminie i w prawidłowej wysokości.

W dniu 6 sierpnia 2020 r. K. C. złożyła deklarację rozliczeniową za lipiec 2021 r., obejmującą składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, jednak samą składkę na to ubezpieczenie opłaciła po terminie, tj. dopiero 9 września 2020 r. Jednocześnie według stanu na 6 sierpnia 2020 r. na koncie ubezpieczonej nie było nadpłaty, która mogłaby zostać zaliczona na poczet składki za lipiec 2020 r. (korekta zmniejszająca za czerwiec 2020 r., skutkująca powstaniem nadpłaty za ten miesiąc, została sporządzona dopiero 21 października 2020 r.).

Deklarację rozliczeniową za sierpień 2020 r. ubezpieczona złożyła w ustawowym terminie, a składki na ubezpieczenia społeczne, w tym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, opłaciła w terminie i w prawidłowej wysokości.

W dniu 9 września 2020 r. K. C. złożyła wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za lipiec 2020 r. po terminie, po rozpoznaniu którego organ rentowy pismem datowanym 30 września 2020 r. poinformował ją o braku zgody na powyższe oraz że w związku z tym w okresie od 1 do 31 lipca 2020 r. nie podlegała ona dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Deklarację rozliczeniową za wrzesień 2020 r. odwołującą się złożyła w ustawowym terminie, jednak składki na ubezpieczenia społeczne, w tym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, opłaciła po terminie.

W dniu 14 października 2020 r. K. C. złożyła korektę deklaracji rozliczeniowej za marzec 2020 r. (deklaracji złożonej 16 kwietnia 2020 r.), obejmującą składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, na skutek czego na jej koncie powstała niedopłata w kwocie 83,63 zł, która została pokryta wpłatami z 28 września i 16 października 2020 r.

W dniu 21 października 2020 r. organ rentowy z urzędu sporządził korektę (zmniejszającą) deklaracji rozliczeniowej za czerwiec 2020 r.

Sąd Apelacyjny podkreślił, że odwołująca się po raz pierwszy, zgłosiła się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego 26 marca 2020 r., w deklaracji rozliczeniowej za ten miesiąc nie wskazała jednak składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, a zatem ubezpieczenie to z mocy art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2024 r., poz. 497; dalej ustawa systemowa). Przypomniał, że zwolnienie z obowiązku opłacenia składek, z którego później skorzystała odwołująca się, nie obejmowało składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc marzec 2020 r. Skonstatował, że po ustaniu dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego warunkiem koniecznym jego ponownego powstania jest złożenie nowego wniosku o objęcie tym ubezpieczeniem. W kwietniu 2020 r. (w czasie epidemii COVID-19) nie został zgłoszony wniosek o objęcie tym ubezpieczeniem i w przepisany terminie nie nastąpiło złożenie prawidłowej deklaracji. Dokonana przez odwołującą się - po terminie na złożenie deklaracji - korekta deklaracji za kwiecień 2020 r. nie może być uznana za wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od 1 kwietnia 2020 r.

Przyznanie natomiast odwołującej się dodatkowego zasiłku opiekuńczego nastąpiło w wyniku decyzji ZUS z dnia 28 września 2020 r. Decyzje te nie były decyzjami w przedmiocie stwierdzenia podlegania przez odwołującą się dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Zaskarżona decyzja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z 23 listopada 2020 r., zmieniona następnie zaskarżoną decyzją z 28 grudnia 2020 r. była pierwszą decyzją wydaną w przedmiocie podlegania przez odwołującą się dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w spornym okresie.

Wcześniej organ rentowy nie wydał żadnej decyzji dotyczącej podlegania przez odwołującą się dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Odwołującej się co prawda wypłacone zostały dodatkowe zasiłki opiekuńcze, jednak decyzje dotyczące wypłaty takich świadczeń nie są decyzjami w przedmiocie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Sąd Apelacyjny podkreślił, że organ rentowy przyjął w zaskarżonych decyzjach, że odwołująca się podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w maju i czerwcu 2020 r. Jest to stanowisko korzystne dla odwołującej się, chociaż

w ocenie Sądu drugiej instancji, w związku z brakiem ponownego wniosku o objęcie ubezpieczeniem chorobowym (przy faktycznym nieopłacaniu składek za maj 2020 r., a to w związku ze zwolnieniem z tego obowiązku) należało przyjąć, że ubezpieczenie chorobowe nie powstało za ten miesiąc. Dalej Sąd Apelacyjny zauważył, że wpłaty dokonane przez odwołującą się 25 maja 2020 r. i 14 lipca 2020 r. w kwocie 997,87zł (zaliczone na miesiące wrzesień i październik 2020 r.) nie wystarczały, w dacie płatności składek za wrzesień 2020 r., na pokrycie tych składek w całości. Dodanie wpłaty z 25 maja 2020 r., zaliczonej na czerwiec 2020 r. w kwocie 71,27 zł też nie zmienia tej sytuacji.

Sąd Apelacyjny ocenił, że niewyrażenie przez organu rentowego zgody na opłacenie składek po terminie (na skutek wniosku z dnia 9 września 2020 r.) nie narusza art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej. Zaskarżone decyzje są prawidłowe w zakresie, w jakim nie stwierdzają objęcia odwołującej się dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym we wrześniu 2020 r., albowiem za ten miesiąc opłaciła ona składkę na to ubezpieczenie w dniu 16 października 2020 r., a więc po terminie. Odwołująca się nie składała przy tym wniosku o wyrażenie zgody na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc wrzesień 2020 r. Nie można przyjąć, że opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie zawiera w sobie dorozumiany wniosek o wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie. Artykuł 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej uprawnia Zakład do wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie tylko w uzasadnionych przypadkach, a zatem płatnik składek musi złożyć wyraźny, a nie dorozumiany wniosek o wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie i w złożonym wniosku musi przytoczyć okoliczności pozwalające na ocenę, że w jego sytuacji zachodzi taki uzasadniony przypadek, czyli zobowiązany jest wyjaśnić z jakich przyczyn nie opłacił składki w terminie.

W skardze kasacyjnej od powyższego wyroku odwołująca się zarzuciła:

1) naruszenia przepisów postępowania mogące mieć istotny wpływ na wynik sprawy, a mianowicie:

a) art. 367 § 3 k.p.c. w związku z art. 15zszs¹ ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz

wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (jednolity tekst: Dz.U. 2024 r., poz. 340; dalej ustawa covidowa; oraz art. 2, art. 31 ust. 3 i art. 45 ust. 1 Konstytucji, przez rozpoznanie przez Sąd Apelacyjny w Katowicach apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Częstochowie w składzie jednego sędziego, podczas gdy wymagany był skład trzech sędziów, stąd w przedmiotowej sprawie zachodzi nieważność postępowania zgodnie z art. 379 pkt 4 k.p.c., albowiem doszło do ograniczenia prawa odwołującej się do sprawiedliwego rozpatrzenia sprawy, które w dacie rozpoznawania apelacji nie było uzasadnione i konieczne dla ochrony zdrowia publicznego;

b) art. 233 § 1 w związku z art. 391 oraz art. 378 § 1 i art. 382 k.p.c., polegające na przejęciu przez Sąd drugiej instancji za własne ustaleń faktycznych Sądu Okręgowego w Częstochowie bez dalszych i wnikliwych merytorycznych rozważań w sytuacji, gdy zarzuty apelacji obejmowały przede wszystkim dowolną i z naruszeniem zasad logiki i doświadczenia życiowego ocenę dowodów w postaci zeznań ubezpieczonej oraz świadków M. K. E. L., co skutkowało tym, że zarzuty apelacyjne nie zostały rozpoznane, a dodatkowo doszło do naruszenia zasady swobodnej oceny dowodów przez Sąd drugiej instancji wskutek nieprzeprowadzenia wyczerpującego postępowania dowodowego w szczególności dotyczącego braku wiedzy ubezpieczonej o zasadach podleganiu dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu czy uzyskiwanych drogą telefoniczną informacji od pracownika ZUS;

c) art. 233 § 1 w związku z art. 232 k.p.c. w związku z art. 278 k.p.c. w związku z art. 391 oraz art. 378 § 1 i art. 382 k.p.c., polegające na pominięciu przez Sąd drugiej instancji wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego celem wyliczenia okresów, w których ubezpieczona podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z uwzględnieniem sposobu rozliczenia konta przedstawionego przez organ, uniemożliwiając tym samym ubezpieczonej wykazanie zasadności złożonych odwołań oraz wadliwości zaskarżonych decyzji oraz poprzestanie wyłącznie na ocenie dowodów przedstawionych przez Sąd drugiej instancji, podczas gdy ocena taka jest niewystarczająca, albowiem jest przeprowadzona bez posiadania niezbędnych wiadomości specjalnych do takiej oceny, a jednocześnie pomija okoliczność możliwych nieprawidłowości

przypisywania przez organ poszczególnych wpłat ubezpieczonej na zaległe zobowiązania, przez co nadpłata mogła być wyższa aniżeli wynikająca z oceny dokonanej przez Sąd drugiej instancji;

d) art. 233 § 1 w związku z art. 278 § 1 k.p.c. w związku z art. 391 oraz art. 378 § 1 i art. 382 k.p.c., polegające na przejęciu przez Sąd drugiej instancji za własne ustaleń faktycznych Sądu Okręgowego w Częstochowie skutkujące przyjęciem, iż w terminie płatności składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za lipiec 2020 r. nie było na koncie ubezpieczonej nadpłaty, która mogłaby zostać zaliczona na poczet tej należności w sytuacji braku jakiegokolwiek dowodu przemawiającego za tą okolicznością oraz całkowite pominięcie w dokonywanych rozważaniach kwestii rozliczania wpłat i powstałych nadpłat co miało istotny wpływ na wydane orzeczenie, a w szczególności wadliwość oceny okresu objęcia ubezpieczonej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym;

2) naruszenie prawa materialnego, tj.:

a. art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, przez jego błędną wykładnię polegającą na przyjęciu, iż warunkiem niezbędnym do przywrócenia terminu do opłacenia składki po terminie płatności jest złożenie wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym w sytuacji, w której regulacja ta nie powinna być stosowana rygorystycznie i decydująca powinna być wola ubezpieczonej, która jednoznacznie wyrażała chęć objęcia tym ubezpieczeniem, w szczególności w sytuacji, w której z dniem 1 stycznia 2022 r. przepis ten został uchylony, a tym samym skoro sam ustawodawca dokonał zmiany uprzednio obowiązującego trybu postępowania i przesłanki ustania, to intencją jego było w możliwie jak największym stopniu udzielenie ochrony osobom objętym dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym i nieuzależnianie tego od kwestii płatności składki oraz odejścia od rygoryzmu związanego z brakiem uiszczenia takiej składki;

b. art. 11 ust. 2 i art. 14 ust. 1 i 1a ustawy systemowej, przez ich błędną wykładnię polegającą na przyjęciu, iż warunkiem objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym jest złożenie deklaracji rozliczeniowej obejmującej taką składkę w sytuacji, w której wystarczające jest wyraźne i jednoznaczne stanowisko pozwalające przyjąć, iż ubezpieczona występuje o objęcie takim

ubezpieczeniowym, stąd wystarczające jest uprzednie złożenie wniosku, objęcie tym ubezpieczeniem za wcześniejszy okres czy też jakiegokolwiek inne zachowanie pozwalające przyjąć, że ubezpieczona wyraziła chęć objęcia takim ubezpieczeniem, w tym także zachowanie organu przyznające świadczenia z tego tytułu bądź zwalniające z opłacania takich składek;

c. art. 14 ust. 1 i ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej w związku z art. 31zo „i inne” ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, przez ich nieprawidłową wykładnię polegającą na przyjęciu, że odwołująca się, pomimo że została zwolniona z obowiązku płacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za kwiecień 2020 r., to jednocześnie jest osobą nie podlegającą temu ubezpieczeniu w kwietniu 2020 r.;

d. art. 14 ust. 1 i ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej w związku z art. 1 ust. 1, art. 2 i art. 32 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, przez ich nieprawidłową wykładnię polegającą na przyjęciu, iż odwołująca się nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w kwietniu 2020 r., podczas gdy jednocześnie przyznano jej dodatkowy zasiłek opiekuńczy od 1 kwietnia 2020 r. do 26 kwietnia 2020 r., co jest wewnętrznym sprzeczne.

Skarżąca wniosła o przyjęcie skargi kasacyjnej do rozpoznania ze względu na to, że:

I. w sprawie występuje nieważność postępowania, albowiem skład Sądu drugiej instancji orzekającego w sprawie był sprzeczny z przepisami prawa, tj. art. 367 § 3 k.p.c. w związku z art. 15zsz¹ ust. 1 pkt 4 ustawy z covidowej, przez co zachodzi przesłanka wskazana w art. 379 pkt 4 k.p.c.;

II. istnieje potrzeba „wyjaśnienia zachodzącego istotnego zagadnienia prawnego” związanego z wykładnią:

a. art. 14 ust. 1 i ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej w związku z art. 31 zo „i inne” ustawy covidowej, co dotyczy oceny wpływu dokonania zwolnienia z obowiązku płacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za kwiecień 2020 r. na ocenę kwestii podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w tym okresie, albowiem w niniejszym postępowaniu Sąd drugiej instancji przyjął, że zwolnienie to nie ma wpływu na podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, co skutkuje jednak powstaniem stanu wewnętrznej sprzeczności zachodzącej między dokonaniem zwolnieniem i przyznaną przez to pomocą publiczną w formie zwolnienia, a brakiem podlegania temu ubezpieczeniu, które nie powinno mieć miejsca;

b. art. 14 ust. 1 i ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej w związku z art. 1 ust. 1, art. 2 i art. 32 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz art. 4 ust. 1 ustawy covidowej, co dotyczy oceny wpływu przyznania dodatkowego zasiłku opiekuńczego za kwiecień 2020 r. na ocenę podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu za ten sam miesiąc - wydane decyzje są wzajemnie wykluczające „i skutkują powstaniem istotnego zagadnienia prawnego, które wymaga wykładni”.

Skarżąca stwierdziła, że - na wypadek nieuwzględnienia powyższych wniosków – skarga jest oczywiście uzasadniona, bowiem Sąd Apelacyjny dokonał oczywiście błędnej wykładni przepisów prawa materialnego powołanych w ramach zarzutów kasacyjnych, a także naruszył przepisy postępowania mające istotny wpływ na wydane rozstrzygnięcie. Przede wszystkim przyjęcie, iż odwołująca się wiedziała o konieczności złożenia wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym czy też zbyt rygorystyczna ocena konsekwencji braku takiego wniosku dokonana przez Sąd drugiej instancji, w połączeniu z brakiem wyjaśnienia zarzutów odwołującej się w przedmiocie braku wyliczenia i oceny wpływu istniejącej nadpłaty na koncie na wpływ podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu oraz wewnętrzna sprzeczność decyzji i uprawnień przyznawanych przez ZUS, wskazuje na zasadność złożonej skargi kasacyjnej. Wszystkie więc zarzuty skierowane do wydanego orzeczenia wskazują, iż złożona skarga jest oczywiście uzasadniona i powinna być przyjęta do rozpoznania.

Organ rentowy, w odpowiedzi na skargę kasacyjną, wniosł o nieprzyjęcie jej do rozpoznania oraz zasądzenie od skarżącej na rzecz organu rentowego kosztów zastępstwa procesowego w wysokości ustalonej według norm przepisanych.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Co do nieważności postępowania, to skarżąca wywodzi ją z rozpoznania sprawy w drugiej instancji w składzie jednoosobowym, a nie trzyosobowym. Należy zatem wyjaśnić, że kolegiałość składu orzekającego, będąca ugruntowaną zasadą w postępowaniach odwoławczych, zapewnia wyższy standard kontroli odwoławczej, pozwala bowiem na kształtowanie się decyzji w drodze dyskursu i ścierania stanowisk, umacnia bezstronność, niezależność i niezawisłość orzekania oraz zwiększa legitymację rozstrzygnięcia sądu w odbiorze społecznym, a tym samym jest pożądana z punktu widzenia właściwej ochrony praw stron i uczestników postępowania (zob. uchwałę Sądu Najwyższego z 1 lipca 2021 r., III CZP 36/20, OSNC 2021, Nr 11, poz. 74 i powołane tam judykaty). W związku z pandemią COVID - 19 ustawą covidową, w wersji obowiązującej od dnia 3 lipca 2021 r. (por. art. 4 ustawy z dnia 28 maja 2021 r. o zmianie ustawy - Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. poz. 1090), postanowiono, że w czasie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii ogłoszonego z powodu COVID-19 oraz w ciągu roku od odwołania tego z nich, który obowiązywał jako ostatni, w sprawach rozpoznawanych według przepisów Kodeksu postępowania cywilnego w pierwszej i drugiej instancji sąd rozpoznaje sprawę w składzie jednego sędziego, z wyjątkiem spraw rozpoznawanych w składzie jednego sędziego i dwóch ławników; prezes sądu mógł zarządzić rozpoznanie sprawy w składzie trzech sędziów, jeśli uznał to za wskazane ze względu na szczególną zawartość sprawy lub precedensowy jej charakter (zob. art. 15 zys¹ ust. 1 pkt 4, uchylony art. 28 pkt 2 ustawy z dnia 7 lipca 2023 r. o zmianie ustawy - Kodeks postępowania cywilnego, ustawy - Prawo o ustroju sądów powszechnych, ustawy - Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. poz. 1860). Na gruncie tych przepisów w judykaturze Sądu Najwyższego wypowiedziano pogląd, że odstępstwo od zasady kolegiałości

składu sądu odwoławczego nie jest równoznaczne z oczywistym naruszeniem art. 45 ust. 1 Konstytucji RP (zob. uzasadnienie postanowienia z 29 kwietnia 2022 r., III CZP 77/22, LEX nr 3361825). Ostatecznie w związku z licznymi rozbieżnościami w orzecznictwie, Sąd Najwyższy w uchwale składu siedmiu sędziów z 26 kwietnia 2023 r. - zasada prawna - III PZP 6/22 (OSNP 2023 nr 10, poz. 104) wyjaśnił, że rozpoznanie sprawy cywilnej przez sąd drugiej instancji w składzie jednego sędziego ukształtowanym na podstawie art. 15zzs¹ ust. 1 pkt 4 ustawy covidowej ogranicza prawo do sprawiedliwego rozpatrzenia sprawy (art. 45 ust. 1 Konstytucji RP), ponieważ nie jest konieczne dla ochrony zdrowia publicznego (art. 2 i art. 31 ust. 3 Konstytucji) i prowadzi do nieważności postępowania (art. 379 pkt 4 k.p.c.), przy czym zastrzegł, że przyjęta w tej uchwale wykładnia prawa obowiązuje od dnia jej podjęcia.

Z uwagi jednak na datę wydania zaskarżonego wyroku - 21 kwietnia 2023 r. - brak jest podstaw do przyjęcia nieważności postępowania opartej na braku dochowania wymogu kolegialności składu orzekającego w drugiej instancji.

Odnosząc się do twierdzenia skarżącej o zasadności przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania ze względu na wystąpienie w tej sprawie istotnego zagadnienia prawnego, istotnym zagadnieniem prawnym jest problem jurydyczny, który wiąże się z określonym przepisem prawa materialnego lub procesowego lub uregulowaniem prawnym, którego wyjaśnienie ma nie tylko znaczenie dla rozstrzygnięcia przedmiotowej sprawy, ale także dla rozstrzygnięcia innych podobnych spraw. Wskazanie zagadnienia prawnego uzasadniającego wniosek o rozpoznanie skargi kasacyjnej powinno zatem nastąpić przez określenie przepisów prawa, w związku z którymi zostało sformułowane i wskazaniu argumentów, które prowadzą do rozbieżnych ocen. Dopiero bowiem wówczas Sąd Najwyższy ma podstawę do oceny, czy przedstawione zagadnienie jest rzeczywiście zagadnieniem „prawnym” oraz czy jest to zagadnienie „istotne” (por. postanowienia Sądu Najwyższego: z dnia 10 maja 2001 r., II CZ 35/01, OSNC 2002 nr 1, poz. 11; z dnia 13 sierpnia 2002 r., I PKN 649/01, OSNP 2004 nr 9, poz. 158 oraz wyrok Sądu Najwyższego z 14 lutego 2003 r., I PK 306/02, Wokanda 2004 nr 7-8, poz. 51).

Sformułowanie istotnego zagadnienia prawnego w rozumieniu art. 398⁹ § 1 pkt 1 k.p.c. powinno przybrać postać porównywalną z formułowaniem zagadnienia prawnego budzącego poważne wątpliwości, o którym stanowi na przykład art. 390 § 1 k.p.c. Chodzi więc o przedstawienie wyraźnych wątpliwości co do określonego przepisu (normy) lub zespołu przepisów (norm), albo szerzej i bardziej ogólnie - wątpliwości co do pewnego uregulowania prawnego (instytucji prawnej). Z przedstawionego przez wnoszącego skargę istotnego zagadnienia prawnego musi jednak wynikać, jaki jest konkretny problem prawny, na czym polegają istotne wątpliwości (na przykład interpretacyjne), na czym polega rozbieżność w orzecznictwie i jakich kwestii owa niejednolitość dotyczy. Sformułowane zagadnienie winno zatem odwoływać się w sposób generalny i abstrakcyjny do treści przepisu, który nie podlega jednoznacznej wykładni, a którego wyjaśnienie przez Sąd Najwyższy przyczyni się do rozwoju jurysprudencji i prawa pozytywnego. Rolą Sądu Najwyższego, jako najwyższego organu sądowego w Rzeczypospolitej Polskiej, nie jest bowiem działanie w interesie indywidualnym, lecz powszechnym, poprzez ochronę obowiązującego porządku prawnego przed dowolnością orzekania i ujednolicanie praktyki stosowania prawa pozytywnego (por. postanowienia Sądu Najwyższego: z dnia 4 lutego 2000 r., II CZ 178/99, OSNC 2000 nr 7-8, poz. 147; z dnia 16 kwietnia 2008 r., I CZ 11/08, LEX nr 393883). Innymi słowy, zagadnienie prawne uzasadniające przyjęcie skargi kasacyjnej do rozpoznania musi mieć charakter ściśle jurydyczny i oderwany od kontrowersji dotyczących ustaleń faktycznych oraz służyć wyjaśnieniu prawa, a nie ocenie ich subsumcji pod określoną normę prawną (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 16 lutego 2017 r., I CSK 555/16, LEX nr 2255332). Nie może więc mieć charakteru kazuistycznego i służyć uzyskaniu przez skarżącego odpowiedzi odnośnie do kwalifikacji prawnej pewnych szczegółowych elementów podstawy faktycznej zaskarżonego rozstrzygnięcia (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 30 kwietnia 2015 r., V CSK 600/14, LEX nr 1678103).

Postawione przez skarżącą pytania nie odnoszą się do ujętych abstrakcyjnie problemów na tle powołanych przepisów prawa, ale w istocie stanowią powielenie podstaw kasacyjnych dotyczących błędnej subsumcji.

Co więcej, pytanie pierwsze zakłada, że odwołująca się została zwolniona z obowiązku płacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za kwiecień 2020 r., podczas gdy z wiążących Sąd Najwyższy ustaleń (art. 398¹³ § 1 k.p.c.) wynika, że zwolnienie to dotyczyło składki na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne.

Jeśli natomiast chodzi o pytanie drugie, to z orzecznictwa Sądu Najwyższego wynika, że przyznanie odwołującej się dodatkowego zasiłku opiekuńczego nastąpiło na podstawie decyzji z dnia 28 września 2020 r., nie może mieć wpływu na podleganie przez odwołującą się dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. W uchwale Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2022 r., III UZP 10/21 (LEX nr 3304179), wyjaśnione zostało, że nieopłacenie w terminie należnej składki w całości powoduje ustanie ubezpieczenia. Przyjęcie prymatu uzewnętrznionej woli ubezpieczonego jako przesłanki kontynuowania ubezpieczenia podważałoby to stanowisko. Wszak uzewnętrznieniem woli kontynuacji ubezpieczenia jest także złożenie wniosku o wyrażenie zgody na opłacenie po terminie całej, nieuiszczonej składki. Koncepcji prymatu uzewnętrznionej woli ubezpieczonego w ocenie ustania ubezpieczenia przeczy art. 14 ust. 2 pkt 2 *in fine* ustawy systemowej, który przewiduje możliwość wyrażenia przez Zakład zgody na opłacenie (należnej) składki po terminie, w uzasadnionych przypadkach, na wniosek ubezpieczonego. Pokazuje to, że wola ubezpieczonego (kontynuacji ubezpieczenia) nie ma decydującego znaczenia dla zablokowania skutku w postaci ustania ubezpieczenia. Uwidacznia się także brak konsekwencji co do traktowania woli ubezpieczonego kontynuowania ubezpieczenia jako przeszkody dla ustania tego ubezpieczenia *ex lege*. W przypadku ubezpieczonego, który nie opłacił w terminie należnej składki w całości, pomimo że wyraził wolę kontynuacji ubezpieczenia dobrowolnego przez złożenie wniosku o zgodę na zapłatę składki po terminie, nie ma gwarancji, że wola ta będzie rozstrzygająca dla kontynuacji ubezpieczenia. Zakład może odmówić wyrażenia zgody na zapłatę należnej składki po terminie, pomimo woli ubezpieczonego kontynuowania tego ubezpieczenia (zob. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 kwietnia 2017 r., I UK 144/16, LEX nr 2312491). Tak więc nieopłacenie w terminie należnej składki w całości może skutkować ustaniem

ubezpieczenia, i to nawet pomimo woli ubezpieczonego kontynuacji tego ubezpieczenia. Ryzyko ustania ubezpieczenia, pomimo wniosku ubezpieczonego o zgodę na opłacenie składek po terminie, który uzewnętrznia jego wolę kontynuowania tego ubezpieczenia, wynika z uznaniowego charakteru rozstrzygnięcia Zakładu. Z kolei opłacenie w terminie jedynie części należnej składki (nawet, gdy nieopłacona część będzie znaczna w stosunku do kwoty należnej składki) nie będzie skutkowało ustaniem ubezpieczenia. Zestawienie okoliczności skutkujących ustaniem ubezpieczenia, wskazanych odpowiednio w art. 14 ust. 2 pkt 1 oraz 2 ustawy systemowej, uwidacznia, że tylko pierwsza z nich odwołuje się do woli ubezpieczonego, regulując też sposób uzewnętrznienia woli ubezpieczonego co do rezygnacji z ubezpieczenia społecznego (wniosek o wyłączenie z ubezpieczenia). W przypadku drugiej, nie ma żadnego znaczenia wola ubezpieczonego, ponieważ decyduje sam fakt nieopłacenia w terminie składki należnej na to ubezpieczenie. Sąd Najwyższy dalej wyjaśnił, że brak możliwości oparcia się na woli ubezpieczonego wyrażonej w sposób dorozumiany wynika także z innych wypowiedzi Sądu Najwyższego, a dotyczących konieczności złożenia pisemnego wniosku o ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą po ustaniu tytułu podlegania temu ubezpieczeniu oraz odrzucających możliwość złożenia dorozumianego oświadczenia zainteresowanego o objęcie go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym przez opłacenie składki (zob. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00, OSNP 2003 Nr 10, poz. 257; z dnia 28 listopada 2002 r., II UK 93/02, LEX nr 577471; z dnia 24 kwietnia 2008 r., II UK 245/07, OSNP 2009 nr 15-16, poz. 210; z dnia 22 lipca 2009 r., I UK 70/09, LEX nr 529763; z dnia 29 marca 2012 r., I UK 339/11, OSNP 2013 nr 5-6, poz. 68; z dnia 6 września 2012 r., II UK 36/12, LEX nr 1218196; z dnia 26 listopada 2014 r., II UK 56/14; OSNP 2016 Nr 6, poz. 75; z dnia 9 lipca 2015 r., I UK 376/14, OSNP 2017 Nr 6, poz. 72; z dnia 19 kwietnia 2018 r., I UK 90/17, LEX nr 2553859; a także postanowienie z dnia 7 marca 2018 r., I UK 189/17, LEX nr 2486873). W orzeczeniach tych Sąd Najwyższych podkreślił, że do stosunków ubezpieczenia społecznego - jako stosunków regulowanych prawem publicznym - nie ma zastosowania art. 60 k.c., zgodnie z którym wola osoby dokonującej czynności

prawnej może być wyrażona przez każde zachowanie się tej osoby, które ujawnia jej wolę w sposób dostateczny. Sformułowany w powołanych wyżej orzeczeniach argument dotyczący braku podstaw do stosowania prywatnoprawnej konstrukcji oświadczeń woli do zachowań ubezpieczonego, aby nadać im moc wywoływania skutków prawnych w zakresie ubezpieczeń społecznych, ma charakter ogólny. Argument ten przemawia przeciwko doszukiwaniu się w zachowaniu ubezpieczonego, polegającym na opłaceniu w terminie części należnej składki, oświadczenia woli ubezpieczonego wywołującego skutek prawny w postaci kontynuacji ubezpieczenia dobrowolnego, pomimo związania przez ustawodawcę ustanienia dobrowolnego ubezpieczenia z nienależytym wykonaniem obowiązku zapłaty składek należnych na to ubezpieczenie. W przypadku art. 14 ust. 2 pkt 2 i 3 przepisy te odwołują się do okoliczności obiektywnych - nieopłacenia w terminie należnej składki, ustanienia tytułu podlegania ubezpieczeniu, nie odwołują się natomiast do przyczyn wystąpienia tych okoliczności, intencji czy woli ubezpieczonego odnośnie do kontynuowania ubezpieczenia. W przywołanej uchwale Sąd Najwyższy wyjaśnił, że w aktualnym brzmieniu art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej (od 1 stycznia 2022 r. na podstawie ustawy z dnia 24 czerwca 2021 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw; Dz.U. z 2021 r., poz. 1621) ustanie dobrowolnego ubezpieczenia powiązано z wyrejestrowaniem z tego ubezpieczenia i jednocześnie wprowadzono obowiązek opłacania składki na dobrowolne ubezpieczenie w okresie od dnia objęcia nim (na skutek zgłoszenia) do dnia wyrejestrowania (art. 14 ust. 2 pkt 2a ustawy systemowej). Właśnie ten przepis (art. 14 ust. 2 pkt 2a) przekształcił prawo (do opłacania składek) w obowiązek i związał go z zadeklarowaniem woli podlegania dobrowolnym ubezpieczeniom społecznym. Aktualna filozofia podlegania dobrowolnym ubezpieczeniom społecznym tę dobrowolność odnosi do przystąpienia do ubezpieczenia, ale już z przystąpieniem wiąże konsekwencje w postaci przymusu opłacania składki - aż do rezygnacji z ubezpieczenia (wyrejestrowania się). Obecne rozwiązanie, inaczej niż poprzednie, daje więc podstawy do stosowania instrumentów z art. 24 ustawy systemowej, a więc do wyegzekwowania nieopłaconej części składki. Co więcej, znowelizowana (od 1 stycznia 2022 r.) treść art. 24 ust. 2 ustawy systemowej pozwala nie tylko na

ściągnięcie należności w drodze egzekucji administracyjnej czy sądowej, ale także na ich potrącenie ze świadczeń wypłacanych przez Zakład.

Podsumowując, wypłacenie zasiłku z ubezpieczenia chorobowego nie legalizuje istnienia dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, gdyż o tym decydują przywołane przepisy prawa.

Skarżąca nie wykazała również, że skarga kasacyjna jest oczywiście uzasadniona. Należy wyjaśnić, że odwołanie się dla uzasadnienia wniosku o przyjęcie skargi kasacyjnej do rozpoznania do podstaw skargi nie może wywołać żadnego skutku nie tylko dlatego, że podstawy skargi nie podlegają badaniu na tym etapie postępowania przed Sądem Najwyższym, ale również z tego względu, iż rozpoznanie skargi kasacyjnej następuje tylko z przyczyn kwalifikowanych, gdyż tylko one decydują o wyniku "przedsądu". Powołanie się na przesłankę zawartą w art. 398⁹ § 1 pkt 4 k.p.c. zobowiązuje zatem skarżącą do przedstawienia wyводу prawnego, uzasadniającego jej pogląd, że skarga jest oczywiście uzasadniona, przy czym, o ile dla uwzględnienia skargi kasacyjnej wystarczy, że jej podstawa jest usprawiedliwiona, to dla jej przyjęcia do rozpoznania konieczne jest wykazanie kwalifikowanej postaci naruszenia przepisów prawa materialnego lub procesowego polegającej na jego oczywistości, widocznej *prima facie*, przy wykorzystaniu podstawowej wiedzy prawniczej (przykładowo por. postanowienia Sądu Najwyższego: z dnia 16 września 2003 r., IV CZ 100/03, LEX nr 82274 oraz z dnia 1 grudnia 2015 r., I PK 68/15, LEX nr 2021943). Wyvodu takiego we wniosku skarżącej o przyjęcie skargi kasacyjnej do rozpoznania zabrakło.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Najwyższy, na podstawie art. 398⁹ § 2 k.p.c. oraz art. 108 § 1 i art. 98 § 1 k.p.c. w związku art. 398²¹ k.p.c. w związku z § 10 ust. 4 pkt 2 w związku z § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U. z 2023 r., poz. 1935), orzekł jak w sentencji.

[SOP]

[a.ł]

