

Sygn. akt I UZ 43/18

POSTANOWIENIE

Dnia 4 grudnia 2018 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Katarzyna Gonera (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Piotr Prusinowski

SSN Romualda Spyt

w sprawie z odwołania A. T.
przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych [...] Oddziałowi w .
o ustalenie podlegania ubezpieczeniu,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń
Społecznych w dniu 4 grudnia 2018 r.,
zażalenia organu rentowego na postanowienie Sądu Apelacyjnego w [...] z dnia 16 maja 2018 r., sygn. akt III AUa [...],

**uchyla zaskarżone postanowienie, pozostawiając Sądowi
Apelacyjnemu w [...] rozstrzygnięcie o kosztach postępowania
zażaleniowego.**

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych [...] Oddział w Ł., decyzją z 3 lipca 2015 r., stwierdził, że A. T. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą nie podlega obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym: emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu oraz dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od 16 lutego 2015 r.

W uzasadnieniu decyzji organ rentowy stwierdził, że wnioskodawczyni faktycznie nie rozpoczęła prowadzenia działalności gospodarczej, a uzyskanie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej w krótkim okresie przed złożeniem wniosku o zasiłek macierzyński miało na celu jedynie

uzyskanie tytułu do ubezpieczeń społecznych oraz skorzystanie ze świadczeń z ubezpieczenia społecznego w związku z macierzyństwem.

Wnioskodawczynie odwołała się od decyzji organu rentowego, zaskarżając ją w całości.

Sąd Okręgowy w Ł., wyrokiem z 31 maja 2016 r., oddalił odwołanie.

Sąd Okręgowy przyjął, że zgłoszenie się wnioskodawczynie do ubezpieczeń społecznych z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej zostało dokonane jedynie w celu skorzystania ze świadczeń z ubezpieczenia chorobowego przysługujących w związku z ciążą. Zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej wnioskodawczynie dokonała 16 lutego 2015 r., będąc w zaawansowanej ciąży (miesiąc później, 18 marca 2015 r., urodziła dziecko), nie mając wcześniej żadnego tytułu do ubezpieczeń społecznych. W ocenie Sądu Okręgowego, wnioskodawczynie nie wykazała faktycznego prowadzenia działalności gospodarczej.

Wnioskodawczynie A. T. wniosła apelację od wyroku Sądu pierwszej instancji.

Apelację złożyła osobiście, podnosząc jedynie, że nie zgadza się z zaskarżonym wyrokiem. Podkreśliła, że zaskarża wyrok w całości i domaga się zmiany zaskarżonego wyroku w całości. Sąd drugiej instancji nie wezwał wnioskodawczynie do uzupełnienia apelacji.

Sąd Apelacyjny w [...], wyrokiem z 29 listopada 2017 r., zmienił zaskarżony (w oryginale sentencji: „zaskrzony”) wyrok Sądu Okręgowego w Ł. z 31 maja 2016 r. oraz poprzedzającą go decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych [...] Oddziału w Ł. i stwierdził, że A. T., jako osoba prowadząca działalność gospodarczą, podlega obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu od dnia 16 lutego 2015 r.

11 grudnia 2017 r. pełnomocnik organu rentowego złożył wniosek datowany na 7 grudnia 2017 r. o uzupełnienie wyroku Sądu Apelacyjnego w [...] z 29 listopada 2017 r. „przez oddalenie apelacji w przedmiocie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu przez wnioskodawczynię”.

Organ rentowy wniosł także skargę kasacyjną od wyroku Sądu Apelacyjnego z 29 listopada 2017 r.

Sąd Apelacyjny w [...], postanowieniem z 16 maja 2018 r., po przeprowadzeniu rozprawy w przedmiocie wniosku organu rentowego o uzupełnienie wyroku, oddalił ten wniosek.

Uzasadniając swoje rozstrzygnięcie, Sąd Apelacyjny stwierdził, że z treści uzasadnienia wyroku Sądu drugiej instancji z 29 listopada 2017 r. wynika, iż podleganie przez wnioskodawczynię dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu nie było przedmiotem rozstrzygnięcia. W tych okolicznościach brak było podstaw do uzupełnienia przedmiotowego wyroku.

Organ rentowy wniósł zażalenie na postanowienie Sądu Apelacyjnego w [...] z 16 maja 2018 r., zaskarżając je w całości oraz wnosząc o jego uchylenie i przekazanie sprawy Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania, z pozostawieniem temu Sądowi rozstrzygnięcia w przedmiocie kosztów postępowania zażaleniowego.

Zaskarżonemu postanowieniu skarżący zarzucił naruszenie:

1) art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. w związku z art. 477⁹ k.p.c. i w związku z art. 391 k.p.c. oraz 386 § 1 k.p.c. przez wydanie przez Sąd drugiej instancji wyroku zmieniającego wyrok Sądu Okręgowego oraz zaskarżoną decyzję w zakresie obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, bez rozstrzygnięcia kwestii dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, chociaż zaskarżona decyzja organu rentowego oraz wyrok Sądu pierwszej instancji dotyczyły również podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu;

2) art. 351 § 1 k.p.c. w związku z art. 391 k.p.c. przez jego niezastosowanie i oddalenie wniosku organu rentowego o oddalenie apelacji wnioskodawczyni od wyroku Sądu Okręgowego w Ł. z 31 maja 2016 r. w przedmiocie podlegania przez wnioskodawczynię dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, chociaż zaskarżona w całości decyzja organu rentowego oraz wyrok Sądu pierwszej instancji obejmowały również ten przedmiot sporu;

3) art. 386 § 1 k.p.c. przez brak orzeczenia rozstrzygającego w całości co do istoty sprawę w sytuacji, gdy wniesiono odwołanie od całej zaskarżonej decyzji oraz apelacją zaskarżono wyrok Sądu pierwszej instancji w całości;

4) art. 378 § 1 k.p.c. przez jego niezastosowanie i nierozpatrzenie apelacji przez Sąd drugiej instancji w jej granicach i przez niewydanie wyroku

uzupełniającego co do kwestii podlegania wszystkim ubezpieczeniom społecznym, także dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Kwestionując rozstrzygnięcie Sądu Apelacyjnego, organ rentowy przypomniał, że w postępowaniu wywołanym wniesieniem odwołania do sądu ubezpieczeń społecznych, sąd rozstrzyga o prawidłowości zaskarżonej decyzji (art. 477¹⁴ § 2 i art. 477^{14a} k.p.c.) w granicach jej treści i przedmiotu (por. np. wyrok Sądu Najwyższego z 23 kwietnia 2010 r., II UK 309/09, LEX nr 604210). Obowiązkiem sądu jest więc zbadanie zasadności zaskarżonej decyzji z uwzględnieniem zarówno zarzutów podniesionych przez skarżącego, jak i wadliwości decyzji dostrzeżonych z urzędu. W orzecznictwie przyjmuje się, że zakres rozpoznania i orzeczenia (przedmiot sporu) w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych wyznaczony jest w pierwszej kolejności przedmiotem decyzji organu rentowego zaskarżonej do sądu ubezpieczeń społecznych, a w drugiej – przedmiotem postępowania sądowego, wyznaczanym zakresem odwołania od tej decyzji (por. wyrok Sądu Najwyższego z 1 września 2010 r., III UK 15/10, LEX nr 667499).

Przedmiotem zaskarżonej decyzji organu rentowego było podleganie A. T. obowiązkowym ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia działalności pozarolniczej. W tym stanie rzeczy, w ocenie organu rentowego, Sąd drugiej instancji nie orzekł o całości roszczeń będących przedmiotem rozstrzygnięcia przez organ rentowy w spornej decyzji oraz przez Sąd pierwszej instancji oraz o całości apelacji. Sąd Apelacyjny pominął kwestię podlegania przez wnioskodawczynię dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. Wniosek o uzupełnienie wyroku jest zatem uzasadniony.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Zażalenie organu rentowego jest uzasadnione i dlatego zostało uwzględnione.

Zgodnie z art. 351 § 1 k.p.c. strona może w ciągu dwóch tygodni od ogłoszenia wyroku, a gdy doręczenie wyroku następuje z urzędu - od jego

doręczenia, zgłosić wniosek o uzupełnienie wyroku, jeżeli sąd nie orzekł o całości żądania, o natychmiastowej wykonalności albo nie zamieścił w wyroku dodatkowego orzeczenia, które według przepisów ustawy powinien był zamieścić z urzędu. W rozpoznawanej sprawie organ rentowy zachował dwutygodniowy termin do złożenia wniosku o uzupełnienie wyroku.

Wniosek o uzupełnienie wyroku można zgłosić wtedy, gdy sąd nie orzekł o całości żądania, np. orzekł tylko o jego części, nie wypowiadając się o dalszej jego części ani pozytywnie, ani negatywnie, jak również wtedy, gdy sąd orzekł tylko o niektórych z roszczeń dochodzonych w pozwie, pozostawiając jedno lub kilka bez rozstrzygnięcia.

W rozpoznawanej sprawie przedmiotem zaskarżonej decyzji organu rentowego było podleganie wnioskodawczyni obowiązkowym ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia działalności pozarolniczej. Wynika to jednoznacznie z treści decyzji organu rentowego. Najbardziej doniosłe – z punktu widzenia wnioskodawczyni i organu rentowego – było ustalenie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, ponieważ wnioskodawczyni miesiąc po zgłoszeniu się do ubezpieczeń społecznych urodziła dziecko, co wiązało się z ustaleniem jej uprawnień do świadczenia z ubezpieczenia chorobowego w postaci zasiłku macierzyńskiego.

Wnioskodawczyni wniosła odwołanie od decyzji organu rentowego, zaskarżając tę decyzję w całości. Sąd Okręgowy niewątpliwie rozważał również kwestię podlegania przez wnioskodawczynię dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, co jednoznacznie wynika z uzasadnienia wyroku tego Sądu. Należało zatem przyjąć, że przedmiotem rozpoznania i rozstrzygnięcia Sądu Okręgowego (w wyroku oddalającym odwołanie) było podleganie przez wnioskodawczynię obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, czyli że przedmiot rozpoznania i rozstrzygnięcia Sądu Okręgowego pokrywał się z przedmiotem decyzji organu rentowego.

Wnioskodawczyni wniosła apelację od wyroku Sądu Okręgowego, zaskarżając wyrok ten w całości, co znalazło wyraz w dwukrotnym podkreśleniu zakresu zaskarżenia w jej apelacji.

Sąd Apelacyjny stwierdził podleganie wnioskodawczyni obowiązkowym ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu. Nie wypowiedział się natomiast w żaden sposób (ani pozytywnie, ani negatywnie) w kwestii podlegania przez wnioskodawczynię dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

W tym stanie rzeczy rację ma organ rentowy, że Sąd drugiej instancji nie orzekł o całości roszczeń będących przedmiotem rozstrzygnięcia przez organ rentowy w spornej decyzji oraz przez Sąd pierwszej instancji w wyroku zaskarżonym w całości apelacją przez wnioskodawczynię. Nie ulega wątpliwości, że Sąd Apelacyjny pominął kwestię podlegania przez wnioskodawczynię dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. Wniosek o uzupełnienie wyroku jest zatem uzasadniony.

Jak wynika z przedstawionych rozważań, istnieją podstawy do uzupełnienia wyroku Sądu Apelacyjnego z 29 listopada 2017 r. Nie stanowi argumentu przeciwko uwzględnieniu wniosku o uzupełnienie wyroku to, że podleganie przez wnioskodawczynię dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu nie było przedmiotem rozstrzygnięcia. Właśnie z tej przyczyny organ rentowy wystąpił o uzupełnienie.

Uwzględnienie zażalenia organu rentowego nie oznacza, że zdaniem Sądu Najwyższego uzasadniony jest wniosek o uzupełnienie wyroku Sądu Apelacyjnego w [...] z 29 listopada 2017 r. „przez oddalenie apelacji w przedmiocie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu przez wnioskodawczynię”. Oznacza jedynie, że Sąd Apelacyjny powinien rozstrzygnąć (pozytywnie lub negatywnie) o podleganiu przez wnioskodawczynię dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Wymaga to wydania wyroku (wypada wspomnieć, że zamykając rozprawę z 14 maja 2018 r. wyznaczoną w celu rozpoznania wniosku o uzupełnienie wyroku, Sąd Apelacyjny zapowiedział wydanie wyroku i odroczył jego ogłoszenie do 16 maja 2018 r.).

Na zakończenie należy przypomnieć, że nie można oddalić wniosku dlatego, że nieuzasadnione jest żądanie, którego uzupełnienia w wyroku domaga się strona;

należy jedynie w odpowiednim zakresie oddalić powództwo, wydając wyrok uzupełniający (por. postanowienie SN z dnia 15 lutego 1967 r., II CZ 144/66, OSNCP 1967, nr 7–8, poz. 144 z omówieniem W. Siedleckiego, Przegląd orzecznictwa, PiP 1968, z. 7, s. 139 i E. Wengerka, Przegląd orzecznictwa, NP. 1968, nr 4, s. 629). Treści brakującego rozstrzygnięcia co do roszczenia objętego powództwem, a także merytorycznego lub procesowego (odrzućenie pozwu, umorzenie postępowania) charakteru tego rozstrzygnięcia, nie można natomiast domniemywać na podstawie wykładni sformułowań użytych w sentencji lub na podstawie uzasadnienia wyroku (postanowienie Sądu Najwyższego z 7 kwietnia 2017 r., V CZ 30/17, LEX nr 2334906). Jurysdykcyjną częścią wyroku jest wyłącznie jego sentencja nie zaś jego uzasadnienie. Pominięcie przez sąd w sentencji orzeczenia kończącego sprawę w instancji rozstrzygnięcia o całości żądania stwarza stronie uprawnienie do domagania się uzupełnienia orzeczenia, nie daje natomiast podstawy do zaskarżenia orzeczenia z tej przyczyny. Nie można bowiem zaskarżyć orzeczenia, które nie istnieje (postanowienie Sądu Najwyższego z 24 września 2015 r., V CZ 52/15, LEX nr 1827145). Brak rozstrzygnięcia w wyroku Sądu Apelacyjnego z 29 listopada 2017 r. o podleganiu przez wnioskodawczynię dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu uniemożliwia stronom ewentualne wniesienie skargi kasacyjnej w tym przedmiocie (nie można jej wnieść od nieistniejącej części rozstrzygnięcia).

Ponieważ zażalenie okazało się uzasadnione, Sąd Najwyższy uchylił zaskarżone postanowienie na podstawie art. 394¹ § 3 k.p.c. w związku z art. 398¹⁵ § 1 k.p.c.