

POSTANOWIENIE

Dnia 30 maja 2017 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Jolanta Frańczak

w sprawie z wniosku P.D.
przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych [...] Oddział w P.
o podleganie ubezpieczeniu społecznemu,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy, Ubezpieczeń
Społecznych i Spraw Publicznych w dniu 30 maja 2017 r.,
skargi kasacyjnej wnioskodawcy od wyroku Sądu Apelacyjnego w (...)
z dnia 26 lutego 2016 r., sygn. akt III AUa (...),

odmawia przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania.

UZASADNIENIE

Sąd Apelacyjny - Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w (...) wyrokiem z dnia 26 lutego 2016 r. oddalił apelację ubezpieczonego P.D. od wyroku Sądu Okręgowego w P. z dnia 6 lutego 2015 r. oddalającego jego odwołanie od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w P. z dnia 22 marca 2012 r. stwierdzającej między innymi, że ubezpieczony nie podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą w okresie od dnia 1 kwietnia 2011 r. do dnia 29 lutego 2012 r.

Sądy Apelacyjny uznał, że wpłata z tytułu składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, dokonana przez ubezpieczonego w dniu 10 maja 2011 r. za pośrednictwem M., nastąpiła po terminie określonym w art. 47 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (obecnie jednolity tekst: Dz.U. z 2016 r., poz. 963 ze zm., dalej jako ustawa systemowa). M. na nie miał

charakteru operatora pocztowego, nie był bankiem ani spółdzielczą kasą oszczędnościowo-kredytową. Wobec tego zgodnie z obowiązującym w spornym okresie brzmieniem art. 60 § 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Ordynacja podatkowa (obecnie jednolity tekst: Dz.U. z 2017 r., poz. 201 ze zm.), do którego odsyła art. 47 ustawy systemowej, dniem zapłaty składki był dzień jej wpływu na konto organu rentowego, co nastąpiło w dniu 11 maja 2011 r., a nie dzień dokonania wpłaty w punkcie kasowym (10 maja 2011 r.). Przekroczenie wymaganego terminu oznaczało, że z dniem 1 kwietnia 2011 r. doszło do wyłączenia ubezpieczonego z dobrowolnego ubezpieczenia społecznego z mocy prawa. Natomiast warunkiem przywrócenia terminu do opłacenia składki jest złożenie wniosku w tym zakresie oraz wykazanie okoliczności uzasadniających przywrócenie terminu. W marcu 2011 r., a więc przed terminem uiszczenia składki za kwiecień 2011 r., organ rentowy pouczył ubezpieczonego co do sposobu i terminu realizacji składek, a mimo to ubezpieczony nie zastosował się do pouczenia i po raz kolejny opłacił składkę z opóźnieniem. Wobec tego nie można było uznać, że w przypadku składki za kwiecień 2011 r. zachodzi uzasadniony przypadek z art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy systemowej stanowiący podstawę do przywrócenia terminu do opłacenia składki. Notoryczne opłacanie przez ubezpieczonego składek z opóźnieniem z tej samej przyczyny wyklucza możliwość przywrócenia terminu, a wielokrotne wcześniejsze przywracanie mu terminu do opłacenia składek nie pozwala go uznać za rzetelnego płatnika. Wyłączenie z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od dnia 1 kwietnia 2011 r. z mocy prawa oznacza, że w przypadku kolejnych miesięcy płatnik winien był złożyć wniosek o objęcie go ubezpieczeniem chorobowym, czego nie uczynił. Samo opłacanie składek przez płatnika i przyjmowanie ich przez organ rentowy nie jest wystarczające do uznania, że został złożony wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Zgodnie z zasadami rozliczania składek na ubezpieczenie społeczne wpłaty dokonywane przez osobę zainteresowaną w pierwszej kolejności zaliczane są na ubezpieczenie obowiązkowe i opłatę odsetek od tych składek. Nie zachodziła więc podstawa do analizy, czy składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w kolejnych miesiącach zostały opłacone w terminie i należnej wysokości. Analiza taka byłaby zasadna tylko w sytuacji, gdyby

uznano, że zachodzi podstawa do przywrócenia terminu do opłacenia składki za kwiecień 2011 r., co w sprawie nie nastąpiło.

Skargę kasacyjną od powyższego wyroku wywiódł ubezpieczony, zaskarżając go w całości oraz wnosząc o jego uchylenie w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Apelacyjnemu w innym składzie, ewentualnie o uchylenie w całości również wyroku Sądu Okręgowego i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania temu Sądowi, a także o zasądzenie od organu rentowego na rzecz skarżącego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz o rozpoznanie sprawy również pod nieobecność pełnomocnika skarżącego.

Skarga kasacyjna została oparta na obu podstawach, tj. naruszenia prawa materialnego oraz przepisów postępowania, a to:

1) art. 11 ust. 2 w związku z art. 14 ust. 1a ustawy systemowej przez błędną wykładnię i uznanie, że objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej następuje wyłącznie na podstawie wyraźnego, sformalizowanego wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, podczas gdy wniosek ten może być także złożony w sposób dorozumiany przez opłacanie składek za kolejne miesiące;

2) art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej przez jego błędną wykładnię i uznanie, że wcześniejsze pouczenie organu rentowego co do sposobu i terminu realizacji uiszczenia składki - niezależnie od jego prawidłowości, rzetelności i kompletności - wyklucza zajęcie uzasadnionego przypadku wskazanego w tym przepisie, podczas gdy wady takiego pouczenia, niezawinione przez stronę, powinny wręcz stanowić dodatkową podstawę do przywrócenia terminu do opłacenia składki;

3) art. 60 § 1 Ordynacji podatkowej w brzmieniu obowiązującym od dnia 14 stycznia 2005 r. do dnia 24 października 2011 r. w związku z art. 31 ustawy systemowej przez jego błędną wykładnię i przyjęcie, że opłacenie składki w okresie obowiązywania tego przepisu w M. skutkuje tym, że dniem zapłaty składki jest dzień wpływu składki do organu rentowego, podczas gdy z tego przepisu takiego wniosku nie da się wyprowadzić;

4) art. 60 § 1 Ordynacji podatkowej w brzmieniu zmienionym z dniem 24 października 2011 r. w związku z art. 31 ustawy systemowej przez jego niezastosowanie do okresu od października 2011 r., objętego odwołaniem, mimo że z przepisu tego wynika, iż za termin dokonania zapłaty składki gotówką uważa się dzień wpłacenia stosownej kwoty w biurze usług płatniczych, którego status posiada firma P.”;

5) art. 227 k.p.c. w związku z art. 382 k.p.c. przez odmowę przeprowadzenia postępowania dowodowego na okoliczność terminowości uiszczenia składek za okres maj 2011 - luty 2012, mimo że ma to istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy oraz że okresy te zostały w sposób wyraźny objęte zarówno zakresem odwołania, jak i apelacji, a więc powinny stanowić przedmiot rozpoznania;

6) art. 378 § 1 k.p.c. przez nierozpoznanie apelacyjnego zarzutu braku prawidłowego, rzetelnego i kompletnego pouczenia skarżącego przez organ rentowy o terminach uiszczenia składek, mimo że Sąd drugiej instancji winien nie tylko kontrolować prawidłowość (zgodności z prawem) wyroku Sądu pierwszej instancji, ale przede wszystkim rozstrzygnąć sprawę merytorycznie;

7) art. 328 § 2 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c. przez oczywiste braki i wewnętrzną sprzeczność uzasadnienia zaskarżonego wyroku, które uniemożliwiają kontrolę kasacyjną, a polegającą na tym, że pomimo zadeklarowanego przyjęcia ustaleń Sądu Okręgowego za własnych oraz podzielenia przytoczonej podstawy prawnej i dotyczących ich wywodów, Sąd Apelacyjny dokonał *de facto* odmiennej oceny prawnej, nie wyjaśniając motywów takiego rozstrzygnięcia, tj. uznał, że terminem dokonania opłaty za pośrednictwem punktu kasowego jest dzień wpływu należnej składki do organu rentowego, a nie - jak Sąd Okręgowy - dzień obciążenia rachunku bankowego punktu kasowego.

Skarżący wniósł o przyjęcie skargi kasacyjnej do rozpoznania z uwagi na jej oczywiste uzasadnienie, gdyż: a) „uzasadnienie wyroku Sądu drugiej instancji jest niezrozumiałe i nielogiczne”, a „niejasny wywód uzasadnienia w sposób oczywisty narusza art. 328 § 2 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c.”; b) „Sąd drugiej instancji nie odniósł się do wszystkich zarzutów apelacji, tj. w ogóle nie przeanalizował treści pouczenia/pouczeń ZUS pod względem ich zgodności z prawem, prawidłowości, rzetelności i kompletności, mimo iż zarzutowi temu i jego wyjaśnieniu skarżący

poświęcił znaczną część uzasadnienia apelacji”; c) „Sąd drugiej instancji nie uczynił podstawą swojej analizy tego, czy składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w kolejnych miesiącach zostały opłacone przez skarżącego w terminie i w należytą wysokość, mimo iż taka potrzeba w niniejszej sprawie zaistniała. Sąd drugiej instancji nie rozpoznał zatem sprawy co do istoty”.

W ocenie skarżącego, w sprawie występuje też potrzeba wykładni art. 11 ust. 2 w związku z art. 14 ust. 1 i 1a ustawy systemowej, które wywołują rozbieżności w orzecznictwie sądów co do możliwości złożenia wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym w sposób dorozumiany przez opłacanie składek za kolejne miesiące. O dopuszczalności takiego sposobu przystąpienia do ubezpieczenia chorobowego wypowiadał się Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 16 sierpnia 2005 r., I UK 376/04 (OSNP 2006 nr 11-12, poz. 195). Natomiast odmiennie orzekł Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 29 marca 2012 r., I UK 339/11 (OSNP 2013 nr 5-6, poz. 68), uznając, że płatnik winien złożyć wyraźny wniosek o objęcie ubezpieczeniem chorobowym.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna nie nadawała się do przyjęcia jej do rozpoznania. Zgodnie z art. 398⁹ § 1 k.p.c. Sąd Najwyższy przyjmuje skargę kasacyjną do rozpoznania, jeżeli: 1) w sprawie występuje istotne zagadnienie prawne, 2) istnieje potrzeba wykładni przepisów prawnych budzących poważne wątpliwości lub wywołujących rozbieżności w orzecznictwie sądów, 3) zachodzi nieważność postępowania lub 4) skarga kasacyjna jest oczywiście uzasadniona.

W rozpoznawanej sprawie wniosek o przyjęcie do rozpoznania skargi kasacyjnej został oparty na przesłance oczywistego uzasadnienia skargi (art. 398⁹ § 1 pkt 4 k.p.c.) oraz potrzebie wykładni przepisów prawnych wywołujących rozbieżności w orzecznictwie (art. 398⁹ § 1 pkt 2 k.p.c.).

Brak jest podstaw do przyjęcia, że skarga jest oczywiście uzasadniona. Stosownie do dotychczasowego orzecznictwa Sądu Najwyższego odwołanie się do przesłanki z art. 398⁹ § 1 pkt 4 k.p.c. wymaga nie tylko powołania się na okoliczność, że skarga kasacyjna jest oczywiście uzasadniona, ale również

wykazania, że przesłanka ta rzeczywiście zachodzi. Oznacza to, że skarżący musi wskazać, w czym - w jego ocenie - wyraża się „oczywistość” zasadności skargi oraz podać argumenty wykazujące, że rzeczywiście skarga jest uzasadniona w sposób oczywisty. Sam zarzut naruszenia (nawet oczywistego) określonego przepisu (przepisów) nie prowadzi bowiem wprost do oceny, że skarga kasacyjna jest oczywiście uzasadniona. Skarżący powinien więc w wywodzie prawnym wykazać kwalifikowaną postać naruszenia przepisów prawa materialnego lub procesowego polegającą na jego oczywistości, widocznej *prima facie*, przy wykorzystaniu podstawowej wiedzy prawniczej (por. postanowienia Sądu Najwyższego: z dnia 14 lipca 2005 r., III CZ 61/05, OSNC 2006 nr 4, poz. 75; z dnia 26 kwietnia 2006 r., II CZ 28/06, LEX nr 198531; z dnia 9 marca 2012 r., I UK 370/11, LEX nr 1215126; z dnia 1 stycznia 2012 r., I PK 104/11, LEX nr 1215774). Ponadto przez oczywistą zasadność skargi kasacyjnej rozumie się sytuację, w której zaskarżone orzeczenie sądu drugiej instancji w sposób ewidentny narusza konkretne przepisy prawa. Zatem we wniosku o przyjęcie skargi kasacyjnej do rozpoznania, jak i w jego uzasadnieniu, niezbędne jest powołanie konkretnych przepisów prawa, z którymi wyrok sądu drugiej instancji jest w oczywisty sposób sprzeczny (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 30 listopada 2012 r., I UK 414/12, LEX nr 1675171). Jednak o tym, że skarga jest oczywiście uzasadniona nie może decydować argumentacja zawarta w uzasadnieniu jej podstaw (zob. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 2 kwietnia 2008 r., II PK 347/07, LEX nr 465860).

Powyższych wymogów nie spełniają argumenty skarżącego o rzekomym oczywistym uzasadnieniu skargi, które miałyby wynikać z nie odniesienia się Sądu drugiej instancji do wszystkich zarzutów apelacji w zakresie treści pouczeń ZUS, jak też z braku analizy opłacania składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w kolejnych miesiącach w terminie i w należnej wysokości. Wymienione przyczyny oczywistej zasadności skargi nie odwołują się bowiem do żadnych przepisów, których naruszenie miałyby być widoczne na pierwszy rzut oka. Wymagań tych nie spełnia także zawarte w skardze kasacyjnej ogólnikowe stwierdzenie, że „niejasny wywód uzasadnienia w sposób oczywisty narusza art. 328 § 2 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c.”, choć odwołuje się ono do konkretnego przepisu, ponieważ stwierdzenia tego nie sposób uznać za wywód prawny wykazujący kwalifikowaną

postać naruszenia tego przepisu. Ponadto Sąd Najwyższy wielokrotnie wskazywał, że naruszenie art. 328 § 2 k.p.c. z reguły nie ma wpływu na treść wyroku, gdyż uzasadnienie sporządzane jest po jego wydaniu (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 1 lipca 1998 r., I PKN 220/98, OSNAPiUS 1999 nr 15, poz. 482; z dnia 9 lipca 1998 r., I PKN 234/98, OSNAPiUS 1999 nr 15, poz. 487; z dnia 7 kwietnia 1999 r., I PKN 653/98, OSNAPiUS 2000 nr 11, poz. 427 oraz z dnia 5 września 2001 r., I PKN 615/00, OSNP 2003 nr 15, poz. 352). Niezgodne z art. 328 § 2 k.p.c. sporządzenie uzasadnienia wyroku sądu drugiej instancji, może stanowić usprawiedliwioną podstawę skargi kasacyjnej wówczas, gdy niezachowanie jego wymagań konstrukcyjnych może czynić zasadnym kasacyjny zarzut naruszenia prawa materialnego przez jego zastosowanie do niedostatecznie jasno ustalonego stanu faktycznego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 września 2001 r., I PKN 615/00, OSNP 2003 nr 15, poz. 352), gdy uniemożliwia całkowicie dokonanie oceny toku wywodu, który doprowadził do wydania orzeczenia (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 marca 2003 r., IV CKN 1862/00, LEX nr 109420) lub nie pozwala na jego kontrolę kasacyjną (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 lutego 2003 r., I CKN 65/01, LEX nr 78271).

Z kolei oparcie wniosku o przyjęcie skargi kasacyjnej do rozpoznania na przesłance z art. 398⁹ § 1 pkt 2 k.p.c., tj. na twierdzeniu o istnieniu potrzeby wykładni przepisów prawnych budzących poważne wątpliwości lub wywołujących rozbieżności w orzecznictwie sądów wymaga od skarżącego nie tylko określenia, które przepisy wymagają wykładni Sądu Najwyższego, ale także wskazania, na czym polegają poważne wątpliwości związane ze stosowaniem tych przepisów, lub przedstawienia rozbieżności w orzecznictwie sądów (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 11 stycznia 2002 r., III CKN 570/01, Biuletyn SN 2002 nr 7, s. 10). Nie można jednak uznać, że w sprawie zachodzi potrzeba wykładni przepisów prawa, jeżeli Sąd Najwyższy zajął już stanowisko w kwestii prawnej prezentowanej przez skarżącego, a nie zachodzą żadne okoliczności uzasadniające zmianę tego poglądu (por. postanowienia Sądu Najwyższego: z dnia 12 grudnia 2008 r., II PK 220/08, LEX nr 523522 oraz z dnia 16 stycznia 2003 r., I PK 230/02, OSNP - wkładka z 2003 r. nr 13, poz. 5).

Wprawdzie skarżący przytoczył orzeczenia odnoszące się do kwestii możliwości objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym w sposób dorozumiany, jednak podstawy faktyczne obu powołanych judykatów były różne, w tym tylko w sprawie I UK 339/11 stan faktyczny był zbieżny z tym ustalonym w rozpoznawanej sprawie, co sprawia że sugerowana przez skarżącego rozbieżność w orzecznictwie w rzeczywistości nie występuje.

W istocie w powołanym przez skarżącego wyroku z dnia 16 sierpnia 2005 r., I UK 376/04, Sąd Najwyższy stwierdził, że złożenie wniosku o kontynuowanie ubezpieczenia nie jest warunkiem nawiązania stosunku ubezpieczenia społecznego, jeżeli wola podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej została ujawniona w sposób wyraźny. Należy jednak podkreślić, że stanowisko takie zostało przyjęte w zupełnie innym stanie faktycznym. W sprawie tej wnioskodawczyni opłacała składki na ubezpieczenia społeczne z tytułu pozarolniczej działalności gospodarczej, pobierając jednocześnie rentę rodzinną po zmarłym mężu. Po 6 latach, na nowo obowiązującym druku deklaracji dotyczącym ubezpieczeń obowiązkowych i dobrowolnych, wyraziła wolę objęcia jej ubezpieczeniem jako rencistki, nadal opłacając terminowo i na bieżąco składki z tytułu prowadzonej działalności. W tych okolicznościach Sąd uznał, że po otrzymaniu renty rodzinnej wnioskodawczyni - jeżeli nie chciała być objęta ubezpieczeniem - mogła wystąpić do ZUS ze stosownym wnioskiem. Zamiast tego, złożyła na nowoobowiązującym druku oświadczenie, które ujawniało jej wolę w sposób wystarczający do przyjęcia, że było to zgłoszenie do ubezpieczenia, które z uwagi na jej status rencistki było ubezpieczeniem dobrowolnym, a więc opłacone dotychczas składki nie były składkami nienależnymi. Istniał bowiem tytuł do ich uiszczania i płacone były dobrowolnie, a tym samym brak jest podstaw do ich zwrotu. Na tle takiego właśnie stanu faktycznego Sąd uznał, że brak zawiadomienia o zmianie statusu i o rezygnacji z ubezpieczenia, a także kontynuowanie opłacania składek przez wnioskodawczynię stanowi wystarczające wyrażenie jej woli podlegania ubezpieczeniu społecznemu. W cytowanym wyroku przedmiotem sporu nie były wątpliwości co do terminowości opłacania składek na ubezpieczenia społeczne, a jedynie możliwość uznania płaconych równolegle składek za nadpłacone i nienależne, którą Sąd wykluczył wobec braku jasno wyrażonej

rezygnacji z objęcia ubezpieczeniem i przy jednoczesnym opłacaniu składek. Z kolei wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 czerwca 2001 r., II UKN 439/00 (OSNP 2003 nr 7, poz. 181), stwierdzający, że „złożenie wniosku nie jest warunkiem kontynuowania ubezpieczenia społecznego, jeżeli z okoliczności sprawy wynika zgodna wola ubezpieczonego i organu rentowego w tym zakresie, a powstanie ubezpieczenia ma oparcie w obowiązującym prawie”, zapadł w sprawie, w której wnioskodawczyni nie złożyła wniosku o kontynuowanie ubezpieczenia społecznego jednak fakt opłacania przez nią składek, mimo że po przyznaniu jej prawa do emerytury nie podlegała już obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej, sąd potraktował jako wolę kontynuowania ubezpieczenia. Natomiast, o ile w wyroku z dnia 8 grudnia 2015 r., II UK 443/14 (LEX nr 1962525), Sąd Najwyższy stwierdził, że „opłacenie składki wiąże się zawsze z wolą jego kontynuowania, dlatego opłaceniu składki w niższej od należnej wysokości nie należy nadawać znaczenia powodującego ustanie ubezpieczenia, wbrew woli ubezpieczonego”, to sprawa ta dotyczyła terminowego uiszczenia składki, tyle że w zaniżonej wysokości. Jednocześnie w uzasadnieniu tego wyroku Sąd Najwyższy odróżnił tę sytuację od braku zapłaty składki w terminie, co w ocenie Sądu wyraża wolę zaprzestania podleganiu ubezpieczeniu i powoduje ustanie dobrowolnego ubezpieczenia *ex lege*.

Czym innym jest więc stan faktyczny, w którym ubezpieczony został wyłączony z mocy prawa z ubezpieczenia chorobowego dobrowolnego na skutek nieopłacenia w terminie składek na to ubezpieczenie, co miało miejsce w sprawie objętej skargą kasacyjną. W takich sytuacjach orzecznictwo zbieżne jest z poglądem wyrażonym w powołanym przez skarżącego wyroku Sądu Najwyższego z dnia 29 marca 2012 r., I UK 339/11, w którym stwierdzono, że „ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą po ustaniu tytułu podlegania temu ubezpieczeniu w wyniku stwierdzenia przez organ rentowy zaprzestania prowadzenia tej działalności, wymaga zgłoszenia pisemnego wniosku przez ubezpieczonego (art. 11 ust. 1 oraz art. 14 ust. 1 i 1a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych)”. Stanowisko to było już prezentowane w wyrokach Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00 (OSNP 2003 nr 10, poz. 257) i z dnia 17 maja 2012 r., I UK 408/11

(LEX nr 1214550). W uzasadnieniu powołanego wyroku z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00, Sąd Najwyższy stwierdził, że w celu ponownego objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym, które ustało z mocy prawa wskutek uchybienia terminu zapłaty składki należnej na ten rodzaj ubezpieczenia, a termin ten nie został przywrócony w trybie art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, konieczne jest złożenie ponownego wniosku o nabycie dobrowolnego tytułu ubezpieczenia społecznego. Skoro bowiem po ustaniu dobrowolnego tytułu ubezpieczenia społecznego wskutek nieopłacenia w terminie składki należnej na ten rodzaj ubezpieczenia społecznego, dla jego kontynuowania konieczny jest wniosek ubezpieczonego o przywrócenie terminu do opłacenia składek, który w uzasadnionych przypadkach powinien prowadzić do przywrócenia terminu i przez opłacenie zaległych składek do dalszego trwania dobrowolnego stosunku ubezpieczenia społecznego, to dla ponownego powstania tego stosunku wymagany jest ponowny wniosek o objęcie tym ubezpieczeniem. Stanowisko takie znajduje potwierdzenie w analizie przepisów art. 11 ust. 2 w związku z art. 14 ust. 1 i art. 36 ust. 5 ustawy systemowej, które przewidują, że objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym wymaga złożenia wniosku przez osobę objętą obowiązkowo ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym, a następuje ono od dnia wskazanego we wniosku, nie wcześniej niż od dnia, w którym wniosek został złożony. Oznacza to, że złożenie wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym w wybranym przez zainteresowanego terminie jest warunkiem *sine qua non* powstania dobrowolnego tytułu tego ubezpieczenia, natomiast nie wystarcza samo opłacanie składek na ubezpieczenie, które bez wniosku ubezpieczonego nie może powstać. Stanowisko wyrażone w powyższym wyroku potwierdza też jednolite orzecznictwo Sądów Apelacyjnych (zob. wyroki: Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 18 maja 2016 r., III AUa 1704/15, LEX nr 2071300; Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 14 kwietnia 2016 r., III AUa 1211/15, LEX nr 2039684; Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 17 lutego 2016 r., III AUa 710/15, LEX nr 2004505; Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 15 kwietnia 2014 r., III AUa 1802/13, LEX nr 1461038; Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 8 marca 2016 r., III AUa 1215/15, LEX nr 2017736; Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 3 września 2015 r., III AUa 365/15, LEX nr 1793885; Sądu Apelacyjnego w Łodzi

z dnia 19 września 2013 r., III AUa 1626/12, LEX nr 1416036; Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 10 stycznia 2013 r., III AUa 895/12, LEX nr 1254426). W konsekwencji przedstawiona przez skarżącego potrzeba wykładni art. 11 ust. 2 w związku z art. 14 ust. 1 i 1a ustawy systemowej w zakresie objętym ustalonym w sprawie stanie faktycznym nie istnieje, gdyż Sąd Najwyższy zajął już stanowisko w przedstawionej kwestii prawnej, a jak wykazano wyżej rozbieżność orzecznictwa w przedstawionym w skardze zakresie jest pozorna.

Mając powyższe na uwadze, skarżący nie zdołał wykazać, że zachodzi potrzeba rozpoznania skargi, wobec czego Sąd Najwyższy na podstawie art. 398⁹ § 2 k.p.c. odmówił przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania.

as