

## POSTANOWIENIE

Dnia 13 czerwca 2023 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Robert Stefanicki

w sprawie z odwołania A.G.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w Białymstoku

o podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń

Społecznych w dniu 13 czerwca 2023 r.,

skargi kasacyjnej organu rentowego od wyroku Sądu Apelacyjnego w Białymstoku  
z dnia 4 lutego 2021 r., sygn. akt III AUa 328/20,

**odmawia przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania.**

## UZASADNIENIE

Sąd Okręgowy w Suwałkach wyrokiem z 19 marca 2020 r. zmienił zaskarżoną decyzję z 18 września 2019 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Białymstoku w pkt II i stwierdził, że A.G. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 25 stycznia 2019 r. do 31 sierpnia 2019 r. Sąd ten ustalił, że ubezpieczona podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresach, w których prowadziła pozarolniczą działalność gospodarczą - pracownia techniki dentystycznej i została prawidłowo i terminowo zgłoszona do obowiązkowych ubezpieczeń emerytalnych, rentowych i wypadkowych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, tj. jak w zaskarżonej decyzji: 14 stycznia 2015 r. – 31 lipca 2015 r., 1 września 2015 r. – 14 kwietnia 2016 r., 14 kwietnia 2017 r.- 25 stycznia 2018 r. W okresach od 15 kwietnia 2016 r. do 13 kwietnia 2017 r. i od 26 stycznia 2018 r. do 24 stycznia 2019 r. przebywała na zasiłku macierzyńskim i w

tych okresach podlegała wyłącznie ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego. Bezpośrednio po urlopie macierzyńskim ubezpieczona, będąc w kolejnej ciąży, była niezdolna do pracy i korzystała ze zwolnienia lekarskiego. Zwolnienie to zostało zgłoszone do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Sąd wskazał, że w celu zachowania ciągłości podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą powinna zgłosić się ponownie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w terminie 7 dni od dnia powstania obowiązku podlegania ubezpieczeniom emerytalnym i rentowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. Obowiązek podlegania ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej przez odwołującą się powstał następnego dnia po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego, tj. 25 stycznia 2019 r. i od tej daty zaczął bieg termin 7 dni. Sąd ustalił, na podstawie akt organu rentowego oraz zeznań świadka - pracownika biura rachunkowego, że formularz zgłoszenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych P ZUA został wypełniony przez biuro rachunkowe w terminie – 31 stycznia 2019 r. i wysłany w tym dniu elektronicznie do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Z informacji o wysyłce i potwierdzeniu z 24 lipca 2019 r. wynikało, że została ona nadana 31 stycznia 2019 r., ale została odrzucona. Przyczyną nieprzyjęcia do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych zgłoszenia wysłanych dokumentów było użycie nieprawidłowej wersji programu „Płatnik”. W styczniu 2019 r. program „Płatnik” nie aktualizował się automatycznie, tak jak późniejsze wersje, jego aktualizacja wymagała ingerencji informatyka biura rachunkowego. W związku z tym zgłoszenie zostało odrzucone. Informacje o tym biuro rachunkowe powzięło od pracownika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w lutym 2019 r., a więc po terminie zgłoszenia. Mogło uzyskać je wcześniej, sprawdzając status przesłanych dokumentów następnego dnia, ale nie wykonało tego. Informacja o zmianie wersji oprogramowania dostępna była na stronie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Ponowne zgłoszenie ubezpieczonej zostało dokonane przez biuro rachunkowe 19 lutego 2019 r., w wersji papierowej na ZUS KOA. Nastąpiło to po poinformowaniu biura rachunkowego przez pracownika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o braku

prawidłowego zgłoszenia wobec ustalenia, że wpłynął wniosek ubezpieczonej o świadczenie z ubezpieczenia chorobowego. Na podstawie tego zgłoszenia dokonano zmian na koncie ubezpieczonej - przyjęto do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego i wypłacono zasiłek chorobowy. W lipcu 2019 r. organ rentowy poinformował, że zmienił status ubezpieczonej i nie podlega ona dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od daty ustania prawa do zasiłku macierzyńskiego. Sąd wskazał, że w okolicznościach faktycznych rozpoznawanej sprawy, doszło do wystąpienia szeregu szczególnie istotnych zdarzeń, które w konsekwencji doprowadziły do wydania dla niej negatywnej decyzji. Udzielone informacje, podjęte działania (wypełnienie druku ZUS KOA) i wypłata zasiłku chorobowego, utwierdziły ubezpieczoną w przekonaniu, że dochowała należytej staranności w zakresie istotnym dla niej interesów. Z tych przyczyn Sąd Okręgowy uznał, że nie można było w tej konkretnej sprawie działać ze zbytnim rygoryzmem i podjętych działań interpretować na jej niekorzyść. Niewątpliwie zmiany wersji programu „Płatnik” i fakt braku reakcji biura rachunkowego w odpowiednim terminie na te zmiany, nie powinien w tak dalekim stopniu jej obciążać. Tym bardziej że przy kolejnych aktualizacjach, zmiany wprowadzane zostały automatycznie. Takie działanie powinno mieć miejsce zawsze, gdyż leży w interesie zarówno ubezpieczonych, jak i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Uwzględniając powyższe, Sąd przyjął, że w odniesieniu do ubezpieczonej doszło do wyjątkowej sytuacji i zbiegu niekorzystnych działań, zarówno biura rachunkowego, jak i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, a wręcz do niedopełnienia przez ZUS obowiązków informacyjnych.

Na skutek apelacji organu rentowego Sąd Apelacyjny w Białymstoku, III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z dnia 4 lutego 2021 r. oddalił apelację. Sąd Apelacyjny uznał, iż Sąd pierwszej instancji poczynił poprawne ustalenia co do stanu faktycznego sprawy oraz dokonał trafnej oceny zgromadzonego materiału dowodowego, zgodnie z zasadami logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego. Mając jednak na względzie zawarte w apelacji zarzuty, Sąd Apelacyjny uzupełnił postępowanie dowodowe. Przesłuchał w charakterze świadków pracownicy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych zatrudnione w Wydziale Ubezpieczeń i Składek w Inspektoracie ZUS w S. na okoliczność treści

informacji udzielanych pracownikom Biura Rachunkowego przez pracowników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, w zakresie podejmowanych czynności, niezbędnych do podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu przez ubezpieczoną po zakończeniu zasiłku macierzyńskiego.

Sąd Apelacyjny podzielił stanowisko Sądu pierwszej instancji, że w przypadku ubezpieczonej doszło do wystąpienia szeregu niekorzystnych dla niej zdarzeń, które w konsekwencji doprowadziły do uznania, że nie podlega ona dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 25 stycznia 2019 r. do 31 sierpnia 2019 r., co w dalszej kolejności rodzi po stronie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych uprawnienie do domagania się zwrotu wypłaconego jej zasiłku chorobowego za okres od 25 stycznia 2019 r. do 17 czerwca 2019 r. oraz odmowy przyznania zasiłku macierzyńskiego za okres roku tj. od 18 czerwca 2019 r. do 15 czerwca 2020 r. Niemniej jednak w okolicznościach niniejszej sprawy, tj. wprowadzenie w styczniu 2019 r. zmian w systemie programu Płatnik, uznanie w lutym 2019 r. przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych podleganiu ubezpieczeniu od 25 stycznia 2019 r. i utwierdzenie ubezpieczonej w tym przekonaniu poprzez wypłacanie zasiłku chorobowego przez okres pół roku, skutkować powinno zwolnieniem ubezpieczonej od odpowiedzialności za zaistniałą sytuację i uprawniać do uznania, że podlegała ona dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 25 stycznia 2019 r., tj. pierwszego dnia przypadającego bezpośrednio po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego, pomimo że prawidłowo wypełniony wniosek złożyła 19 lutego 2019 r. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, w odniesieniu do ubezpieczonej doszło do zbiegu nieprawidłowych działań, zarówno ze strony biura rachunkowego, ale też i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Skoro po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego ubezpieczona otrzymała zasiłek chorobowy, to była przekonana, że zostały dopełnione przez biuro rachunkowe wszystkie obowiązki. Również biuro było o tym przeświadczone. Zarówno ubezpieczona, jak i pracownicy biura nie mieli wiedzy o nieprawidłowym objęciu ubezpieczeniem chorobowym. Brak reakcji ze strony organu rentowego był równoznaczny z niedopełnieniem obowiązków informacyjnych względem ubezpieczonej i pozbawieniem jej możliwości późniejszego przystąpienia do tego ubezpieczenia, z datą złożenia właściwie wypełnionego wniosku. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, odnosząc powyższe do

realiów rozpoznawanej sprawy, obowiązkiem organu rentowego, po ustaleniu, że ubezpieczona nie zgłosiła się w terminie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, było wydanie decyzji odmawiającej jej wypłaty zasiłku chorobowego. Skoro organ rentowy nie dopełnił tej powinności, to mogła ona zasadnie (choć błędnie) przypuszczać, że od 25 stycznia 2019 r. podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, uznać więc należy, że wypłacanie ubezpieczonej przez organ rentowy zasiłku chorobowego poczynwszy od 25 stycznia 2019 r., było równoznaczne z zapewnieniem jej, iż została prawidłowo zgłoszona do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tym dniem i w związku z niezdolnością do pracy nie ma obowiązku opłacania składek na ubezpieczenia społeczne i dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w związku z prowadzoną działalnością.

Skargę kasacyjną od wyroku Sądu Apelacyjnego w Białymstoku III Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wniósł organ rentowy, zaskarżając wyrok w całości i zarzucając zaskarżonemu wyrokowi naruszenie przepisu art. 36 ust. 4 w zw. z art. 14 ust. 1a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych polegające na:

1. niewłaściwej wykładni ww. przepisów polegającej na uznaniu, że osoba prowadząca działalność gospodarczą, która została wyrejestrowana z ubezpieczeń społecznych w związku z zakończeniem pobierania zasiłku macierzyńskiego, może być objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia wskazanego we wniosku o zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych (także ZUS KOA) mimo tego, że zgłoszenie do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego zostało dokonane po upływie tygodniowego terminu na dokonanie takiego zgłoszenia, o którym mowa w art. 36 ust. 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych z uwagi na to, że świadomie wprowadzony w błąd przez biuro rachunkowe obsługujące płatnika składek pracownik organu rentowego wprowadził do systemu błędną datę początkową podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu przez płatnika składek wskazaną w druku ZUS KOA, a wskutek tego niezasadnie poświadczono podleganie płatnika składek ubezpieczeniu chorobowemu oraz wypłacono zasiłek chorobowy za część okresu niezdolności do pracy;

2. ich niewłaściwym zastosowaniu polegającym na ustaleniu, iż odwołująca skutecznie zgłosiła się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego dopiero w dniu 19 lutego 2019 r., ale z uwagi na wywołane świadomym wprowadzeniem organu rentowego w błąd przez biuro rachunkowe potwierdzenie przez organ rentowy podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z zachowaniem ciągłości tego ubezpieczenia oraz wypłatę zasiłku chorobowego, organ rentowy „przyjął” odwołującą do dobrowolnego ubezpieczenia społecznego od następnego dnia po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego, a tym samym przywrócił odwołującej termin materialnoprawny na zgłoszenie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego odwołującej jako przedsiębiorcy.

Skarżący wskazał również na mające wpływ na wynik niniejszego postępowania naruszenie przepisów art. 391 § 1 k.p.c. w zw. z art. 233 § 1 k.p.c. poprzez brak należytego i starannego rozważenia całokształtu zgromadzonego materiału dowodowego, w szczególności formularza ZUS KOA z dnia 19 lutego 2019 r. wypełnionego przez właściciela biura rachunkowego obsługującego odwołującą ze wpisaną błędną datą podlegania odwołującej dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu (25 stycznia 2019 r. zamiast 19 lutego 2019 r.), co świadczy o świadomym wprowadzeniu przez podmiot działający w imieniu i na rzecz organu rentowego w błąd. Strona skarżąca wniosła o zmianę zaskarżonego orzeczenia oraz poprzedzającego go wyroku Sądu Okręgowego w Suwałkach z dnia 19 marca 2020 r. poprzez oddalenie odwołania, oraz zasądzenie od odwołującej na rzecz organu rentowego zwrotu kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych w postępowaniu przed Sądem Najwyższym, jak również I i II instancję, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Apelacyjnemu w Białymstoku wraz z obowiązkiem orzeczenia o kosztach postępowania, w tym kosztach zastępstwa procesowego za wszystkie instancje oraz o kosztach postępowania przed Sądem Najwyższym.

We wniosku o przyjęcie skargi kasacyjnej do rozpoznania organ rentowy wskazał na:

1. występowanie istotnego zagadnienia prawnego wymagającego rozstrzygnięcia:

a) czy prawidłowa wykładnia przepisu art. 36 ust. 4 w zw. z art. 14 ust. 1 a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych pozwala na objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z zachowaniem ciągłości tego ubezpieczenia przedsiębiorcy, który ze względu na niedochowanie należytej staranności przez obsługujące go biuro rachunkowe po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego zgłosił się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego po upływie 7-dniowego materialnego i nieprzywracalnego terminu na zgłoszenie do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego?

b) czy techniczna czynność polegająca na wprowadzeniu do systemu komputerowego błędnej daty początkowej podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu - świadomie wpisanej przez obsługujące płatnika składek biuro rachunkowe, poświadczenie na tej podstawie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu przez przedsiębiorcę od błędnej daty wpisanej w ZUS KOA oraz wypłata zasiłku chorobowego za część okresu niezdolności do pracy może być uznane za „objęcie” przedsiębiorcy dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od błędnie wpisanej daty, przywrócenie terminu materialnego na zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych lub zapewnienie o podleganiu dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, a nie błąd wywołany przez pełnomocnika płatnika składek?

c) czy organ rentowy powinien ponosić konsekwencje błędu profesjonalisty, tj. biura rachunkowego, który działa w imieniu i na rzecz płatnika składek z wszystkimi tego konsekwencjami oraz który zgodnie z art. 430 k.c. w zw. z art. 471 k.c. jest obowiązany do naprawienia wyrządzonej płatnikowi składek wskutek nienależytego wykonania umowy?

2. Istnieje potrzeba wykładni przepisów prawnych wywołujących rozbieżności w orzecznictwie sądowym, a konkretnie przepisu art. 36 ust. 4 w zw. z art. 14 ust. 1 a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

3. Skarga kasacyjna jest oczywiście uzasadniona z uwagi na to, że działające w imieniu odwołującej biuro rachunkowe nie dokonało skutecznego zgłoszenia odwołującej do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w terminie, 7-dniowy termin na dokonanie zgłoszenia jako termin prawa materialnego nie

podlega przywróceniu, odwołująca nie opłaciła w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, w tym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe we właściwej wysokości, a działająca w jej imieniu pracownica biura rachunkowego została prawidłowo pouczona o konieczności zgłoszenia odwołującej do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego po zakończeniu pobierania przez odwołującą zasiłku macierzyńskiego.

Ubezpieczona nie wniosła odpowiedzi na skargę kasacyjną.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna nie spełnia wymogów uzasadniających jej przyjęcie do rozpoznania merytorycznego.

Skarga kasacyjna jest nadzwyczajnym środkiem zaskarżenia wnoszonym w konkretnej, indywidualnej sprawie zakończonej wydaniem prawomocnego wyroku, wobec czego argumenty za potrzebą rozpoznania tak rozumianego środka zaskarżenia przedstawione we wniosku o przyjęcie skargi do rozpoznania nie mogą być oderwane od podstawy faktycznej i prawnej orzeczenia objętego skargą, jak również muszą być adekwatne do podstaw kasacyjnych, na których skarga została skonstruowana. Takie stwierdzenie jest wynikiem tego, że Sąd Najwyższy (poza uwzględnieniem z urzędu nieważności postępowania apelacyjnego) rozpoznaje skargę kasacyjną wyłącznie w granicach zaskarżenia oraz w granicach jej podstaw, będąc przy tym związanym ustaleniami faktycznymi stanowiącymi podstawę zaskarżonego orzeczenia (art. 398<sup>13</sup> § 1 i 2 k.p.c.).

Strona skarżąca w uzasadnieniu przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania wskazała jednocześnie na: istnienie istotnego zagadnienia prawnego (art. 398<sup>9</sup> § 1 pkt 1 k.p.c.), potrzebę wykładni przepisów prawnych wywołujących rozbieżności w orzecznictwie sądowym (art. 398<sup>9</sup> § 1 pkt 2 k.p.c.) oraz na oczywistą zasadność skargi (art. 398<sup>9</sup> § 1 pkt 4 k.p.c.). Zauważyć należy, że strona skarżąca łączy przesłanki oczywistej zasadności skargi z występowaniem w sprawie istotnego zagadnienia prawnego oraz potrzebą wykładni przepisów prawnych, co budzi poważne zastrzeżenia. W dotychczasowym orzecznictwie Sąd Najwyższy zwracał już uwagę, że jednoczesne uzasadnienie wniosku o przyjęcie skargi występującymi



w sprawie wątpliwościami prawnymi (zagadnienie prawne, potrzeba wykładni przepisów) ogólnie rzecz biorąc, ogranicza, czy wręcz eliminuje możliwość oczywistej zasadności skargi.

Przesłanki uzasadniające przyjęcie skargi kasacyjnej do rozpoznania zawarte w pkt 1, 2 i 4 art. 398<sup>9</sup> § 1 k.p.c. wzajemnie się krzyżują i wykluczają możliwość przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania zarówno z uwagi na interes publiczny (pkt 1 i 2 powołanego przepisu), jak i prywatny skarżącego (pkt 4 powołanego przepisu). Trudno sobie bowiem wyobrazić sytuację, w której wyrok jest oczywiście wadliwy, a jednocześnie w sprawie występuje tak poważna wątpliwość prawna, że wymaga interwencji i rozstrzygnięcia przez Sąd Najwyższy (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 26 listopada 2013 r., I UK 291/13, LEX nr 1430990). Co jest sporne, nie może być oczywiste (postanowienia Sądu Najwyższego: z dnia 9 kwietnia 2014 r., V CSK 383/13, LEX nr 1771724, 18 października 2016 r., I UK 466/15, LEX nr 2159122).

Ponadto wskazanie zagadnienia prawnego uzasadniającego wniosek o rozpoznanie skargi kasacyjnej powinno nastąpić przez określenie przepisów prawa, w związku z którymi zostało sformułowane i wskazanie argumentów, które prowadzą do rozbieżnych ocen. 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). Sformułowane zagadnienie winno 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 jurysprudencki i prawa pozytywnego (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 28 października 2015 r., I PK 19/15, LEX nr 2021941). Skarżący ma obowiązek nie tylko sformułować samo zagadnienie, ale także - w uzasadnieniu wniosku - przedstawić odpowiednią jurydyczną argumentację wskazującą na dopuszczalność i celowość rozwiązania problemu prawnego w sposób preferowany przez skarżącego, a odmienny od sposobu rozstrzygnięcia tego problemu przy wykorzystaniu zapatrywań wyrażonych przez Sąd drugiej instancji (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 12 kwietnia 2018 r., I UK 252/17, LEX nr 2533238). W celu spełnienia przesłanki przewidzianej w art. 398<sup>9</sup> § 1 pkt 1 k.p.c. nie wystarczy

samo sformułowanie pytań do Sądu Najwyższego (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2018 r., II CSK 12/18, LEX nr 2499783), jak to miało miejsce w przedmiotowej skardze. Sformułowane przez skarżącego zagadnienia prawne nie czynią zadość tym wymaganiom.

Zgodnie ze stanowiskiem wyrażonym w judykaturze, skarżący ma obowiązek wywiedzenia i uzasadnienia występującego w sprawie problemu prawnego w sposób zbliżony do tego, jaki jest przyjęty przy przedstawianiu zagadnienia prawnego przez sąd odwoławczy na podstawie art. 390 k.p.c. (zob. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 9 maja 2006 r., V CSK 75/06, niepublikowane; z dnia 19 marca 2012 r., II PK 296/11, LEX nr 1214580; z dnia 11 czerwca 2013 r., II UK 71/13, LEX nr 1331300). Oznacza to w praktyce, iż zagadnienie prawne musi odpowiadać określonym wymaganiom, a mianowicie: 1) być sformułowane na podstawie okoliczności mieszczących się w stanie faktycznym sprawy wynikającym z dokonanych przez sąd ustaleń (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 kwietnia 1996 r., II UR 5/96, Legalis nr 29924 i postanowienie z dnia 7 czerwca 2001 r., III CZP 33/01, LEX nr 52571), 2) być przedstawione w sposób ogólny i abstrakcyjny tak, by umożliwić Sądowi Najwyższemu udzielenie uniwersalnej odpowiedzi, niesprowadzającej się do samej subsumcji i rozstrzygnięcia konkretnego sporu (zob. postanowienia Sądu Najwyższego: z dnia 15 października 2002 r., III CZP 66/02, LEX nr 57240; z dnia 22 października 2002 r., III CZP 64/02 LEX nr 77033 i z dnia 5 grudnia 2008 r., III CZP 119/08, LEX nr 478179; 15 lutego 2023 r., I CSK 6540/22, Legalis nr 2902642), 3) pozostawać w związku z rozpoznawaną sprawą i 4) dotyczyć zagadnienia budzącego rzeczywiście istotne (a zatem poważne) wątpliwości. Istotność zagadnienia prawnego konkretyzuje się zaś w tym, że w danej sprawie występuje zagadnienie prawne mające znaczenie dla rozwoju prawa lub znaczenie precedensowe dla rozstrzygnięcia innych podobnych spraw. Oznacza to, że twierdzenie o występowaniu istotnego zagadnienia prawnego jest uzasadnione tylko wtedy, kiedy po pierwsze - przedstawiony problem prawny nie został jeszcze rozstrzygnięty przez Sąd Najwyższy lub kiedy istnieją rozbieżne poglądy w tym zakresie, wynikające z odmiennej wykładni przepisów konstruujących to zagadnienie (zob. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 2010 r., II UK 400/09, LEX nr 577468) oraz po drugie - jego wyjaśnienie ma

znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy w ustalonym stanie faktycznym (zob. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 stycznia 2009 r., II PK 248/09, LEX nr 736732). Na marginesie niedopuszczalne jest takie formułowanie pytań, z których wynika, że sąd nie ma wątpliwości, jak na postawione pytania należałoby odpowiedzieć, a jedynie "oczekuje na uzyskanie odpowiedzi potwierdzających" ich zasadność (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 13 kwietnia 2000 r., III CZP 2/00, OSNC 2000, Nr 11, poz. 200, A. Łazarska, K. Górski (w:) T. Szanciło (red.), Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Komentarz. Art. 1–458<sup>16</sup>. Tom I. Wyd. 2, Warszawa 2023, komentarz do art. 390 k.p.c., pkt 10). Biorąc powyższe pod rozwagę, należy wskazać, że na cztery pytania postawione przez stronę skarżącą we wniosku o przyjęcie skargi kasacyjnej do rozpoznania nie sposób jest udzielić uniwersalnej odpowiedzi. W istocie odpowiedź na każde z zadanych przez stronę skarżącą pytań prowadziłaby do subsumcji i rozstrzygnięcia konkretnego sporu, co nie mieści się w gestii Sądu Najwyższego.

Przypomnieć należy również, że skarga kasacyjna nie jest (kolejnym) środkiem zaskarżenia przysługującym od każdego rozstrzygnięcia sądu drugiej instancji kończącego postępowanie w sprawie, z uwagi na przeważający w jej charakterze element interesu publicznego. Służy ona kontroli prawidłowości stosowania prawa, nie będąc instrumentem weryfikacji trafności ustaleń faktycznych stanowiących podstawę zaskarżonego orzeczenia. Podstawą skargi kasacyjnej nie mogą być zatem zarzuty dotyczące ustalenie faktów lub oceny dowodów (art. 398<sup>3</sup> § 3 k.p.c.), a Sąd Najwyższy związany jest ustaleniami faktycznymi stanowiącymi podstawę zaskarżonego orzeczenia (art. 398<sup>13</sup> § 2 k.p.c.). Przypomnienie to ma znaczenie, gdyż strona skarżąca w istocie kwestionuje ustalenia faktyczne i ocenę dowodów dokonanych przez Sądy obu instancji, opiera się na zupełnie odmiennej optyce, kontestuje ustalenia faktyczne, stara się wykreować zupełnie odmienny ich stan w korzystnej dla siebie odsłonie.

Jak ustalił Sąd II instancji, to starszy inspektor w Wydziale Ubezpieczeń i Składek Inspektoratu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w S. wprowadził do systemu komputerowego nieprawidłową początkową datę podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu tj. datę wskazaną na druku ZUS ZUA tj. 31 stycznia 2019 r. Nie pozostają wobec tego uzasadnione twierdzenia strony

skarżącej, że Sądy obu instancji przerzuciły na organ rentowy w całości skutki błędu profesjonalnego biura rachunkowego, które w formularzu ZUS KOA świadomie wpisało nieprawidłową datę początkową podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Jak ustalił Sąd *meriti*, korekta nieprawidłowości dokonana w dniu 19 lutego 2019 r. przez pracownika biura rachunkowego była praktykowana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i znalazła swoje potwierdzenie w dokonanych na koncie ubezpieczonej zmianach, czyli przyjęciu do dobrowolnego ubezpieczenia i wypłacie zasiłku chorobowego.

Odnosząc się do przesłanki przedsądu określonej w art. 398<sup>9</sup> § 1 pkt 2 k.p.c., jaką jest potrzeba wykładni przepisów prawnych budzących poważne wątpliwości lub wywołujących rozbieżności w orzecznictwie, to przepisy mające być przedmiotem wykładni Sądu Najwyższego powinny należeć do katalogu przepisów, których naruszenie przez sąd drugiej instancji zarzucono w ramach podstawy skargi (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 4 września 2002 r., I PKN 682/01, OSNP 2004 nr 12, poz. 211). Rzeczą skarżącego jest zaś wykazanie, że określony przepis prawa, mimo iż budzi poważne wątpliwości (ze sprecyzowaniem, na czym te poważne wątpliwości polegają), nie doczekał się wykładni, bądź niejednolita jego wykładnia wywołuje rozbieżności w orzecznictwie sądów, które to orzecznictwo należy przytoczyć (postanowienia Sądu Najwyższego: z dnia 11 stycznia 2002 r., III CKN 570/01, OSNC 2002 nr 12, poz. 151; 15 października 2002 r., II CZ 102/02, LEX nr 57231; 28 marca 2007 r., II CSK 84/07, LEX nr 315351; 13 grudnia 2007 r., I PK 233/07, OSNP 2009 nr 2-4, poz. 43; 9 czerwca 2008 r., II UK 37/08, LEX nr 494133; 13 grudnia 2022 r., II USK 707/21, Legalis nr 2932784). Oczywiście jest, że budzący wątpliwości interpretacyjne przepis musi mieć zastosowanie w sprawie, a jego wykładnia – mieć znaczenie dla jej rozstrzygnięcia. Przedmiotem zainteresowania Sądu Najwyższego jest jednak sam przepis, a nie rozstrzygnięcie konkretnego sporu. Stąd też wspomniane wątpliwości interpretacyjne powinny być na tyle poważne, by ich wyjaśnienie nie sprowadzało się do prostej wykładni przepisów. W tym wyraża się publicznoprawny charakter skargi kasacyjnej. Celem realizowanym w wyniku rozpoznania skargi kasacyjnej jest bowiem ochrona interesu publicznego przez zapewnienie jednolitości wykładni przepisów prawa oraz wkład Sądu Najwyższego w rozwój jurysprudencji i prawa pozytywnego, a nie

korekta orzeczeń wydawanych przez sady powszechne (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 4 lutego 2000 r., II CZ 178/99, OSNC 2000 nr 7-8, poz. 147).

Odnosząc się zatem do sformułowanej przez stronę skarżącą kwestii, należy zauważyć, że orzeczenia, na które wskazuje tj. sprawy o sygnaturach akt: I UK 309/17 oraz III AUa 1610/17 dotyczą braku możliwości przywrócenia terminu wyznaczonego w art. 14 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, ale w przypadku niezgłoszenia do ubezpieczenia dobrowolnego (zawinionego przez ubezpieczonego czy niezależnego od niego). W przedmiotowej zaś sprawie, co wynika z poczynionych ustaleń faktycznych, doszło do zbiegu nieprawidłowych działań jednakowo ze strony biura rachunkowego, ale też Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, z tym że w dniu 31 stycznia 2019 r., czyli przy zachowywaniu terminu, wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym został wysłany do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Faktycznie pracownica biura rachunkowego podjęła czynności w celu zgłoszenia odwołującej do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego po interwencji organu rentowego, jak również podjęła takie czynności niezwłocznie po uzyskaniu od organu rentowego informacji o odrzuceniu przez system wniosku. Czynienie aktualnie przez organ rentowy z tych konkretnych działań zarzutu jawi się jako całkowicie nieuprawnione. W ocenie Sądu Najwyższego nie nastąpiło naruszenie przez Sąd II instancji art. 14 ust. 1 i 1a ustawy, albowiem w przedmiotowej sprawie nie doszło do przywrócenia terminu na złożenie wniosku, co stara się wykazać strona skarżąca. Słusznie zaś Sąd Apelacyjny przyjął, że ubezpieczona w terminie podjęła właściwe czynności dla zachowania ochrony ubezpieczeniowej zakresie obejmującym prawo do świadczeń zasiłkowych z ubezpieczenia chorobowego i macierzyńskiego oraz że ubezpieczona nie powinna ponosić ujemnych konsekwencji wynikających z wadliwego zachowania organu rentowego.

Skarga kasacyjna nie jest oczywiście uzasadniona. Należy podkreślić, że podstawą skargi kasacyjnej nie mogą być zarzuty dotyczące ustalenie faktów lub oceny dowodów (art. 398<sup>3</sup> § 3 k.p.c.), a Sąd Najwyższy związany jest ustaleniami faktycznymi stanowiącymi podstawę zaskarżonego orzeczenia (art. 398<sup>13</sup> § 2 k.p.c.). Oznacza to, że „oczywistość skargi kasacyjnej” z art. 398<sup>9</sup> § 1 pkt 4 k.p.c. oceniana jest z pozycji twierdzeń odnoszących się do faktów Sądu drugiej instancji,

a nie wyobrażenia o stanie faktycznym skarżącego. Ujęta w art. 398<sup>9</sup> § 1 pkt 4 k.p.c. przesłanka ma miejsce wtedy, gdy zasadność podniesionych w skardze zarzutów wynika *prima facie*, bez głębszej analizy prawnej. Dotyczy to więc jedynie uchybień przepisom prawa materialnego albo procesowego, zarzucanym sądowi drugiej instancji, o charakterze elementarnym (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 6 listopada 2015 r., IV CSK 263/15, LEX nr 1940571). Chodzi zatem o taką sytuację, gdy nie tylko zgłoszony zarzut jest słuszny, ale także stwierdzona nieprawidłowość jest tego rodzaju, że powoduje jaskrawą wadliwość zaskarżonego orzeczenia (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 13 kwietnia 2016 r., V CSK 622/15, LEX nr 2057365), co w przedmiotowej sprawie nie występuje.

Należy podkreślić, że fundamentem zarzutów zawartych w uzasadnieniu wniosku o przyjęcie skargi kasacyjnej do rozpoznania są wyłącznie kwestie dotyczące stanu faktycznego. Strona skarżąca czyni polemikę z ustaleniami dokonanymi przez Sąd Apelacyjny, który w sposób niezwykle rzetelny i wnikliwy przeprowadził postępowanie dowodowe, uzupełniając go w niezbędnym zakresie i zasadnie przyjął, że obowiązkiem organu rentowego było (po ustaleniu, że ubezpieczona nie zgłosiła się w terminie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego) wydanie decyzji odmawiającej wypłaty zasiłku chorobowego, czego jednak organ nie dopełnił. W ocenie Sądu Najwyższego poczynione przez Sąd II instancji ustalenia oraz wyprowadzone z nich wnioski pozostają słuszne i w pełni uzasadnione.

Z uwagi na powyższe, Sąd Najwyższy na podstawie art. 398<sup>9</sup> § 2 k.p.c. orzekł jak w sentencji.

(J.C-S.)

[ms]

