

POSTANOWIENIE

Dnia 17 października 2024 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Maciej Pacuda

w sprawie z odwołania M. S.
od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w Opolu
o ubezpieczenie społeczne,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń
Społecznych w dniu 17 października 2024 r.,
skargi kasacyjnej organu rentowego od wyroku Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu
z dnia 8 sierpnia 2022 r., sygn. akt III AUa 1376/21,

odrzuca skargę kasacyjną.

UZASADNIENIE

Sąd Okręgowy - Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Opolu wyrokiem z dnia 12 maja 2021 r., wydanym na skutek odwołania wniesionego przez ubezpieczoną M. S. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w Opolu z dnia 18 listopada 2019 r., zmienił tę decyzję, stwierdzając, że ubezpieczona podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu również w okresach od dnia 13 stycznia 2019 r. do dnia 28 lutego 2019 r. oraz po dniu 1 kwietnia 2019 r. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą.

Sąd Okręgowy ustalił, że organ rentowy decyzją z dnia 27 maja 2019 r. odmówił przyznania ubezpieczonej prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 24 kwietnia 2019 r. do dnia 15 maja 2019 r., ponieważ opłaciła ona składkę na

dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za styczeń 2019 r. w zaniżonej wysokości, za luty 2019 r. - z opóźnieniem, a za kwiecień 2019 r. - po terminie i w zaniżonej wysokości, wobec czego jej dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustało, zaś niezdolność do pracy powstała w okresie, w którym nie podlegała takiemu ubezpieczeniu. Ubezpieczona we wniosku z dnia 17 czerwca 2019 r. zwróciła się do organu rentowego z prośbą o przywrócenie terminu do opłacenia składek za kwiecień i maj 2019 r. ze względu na brak zawinienia i pozostawanie w zaufaniu do pracownika biura rachunkowego. W kolejnym piśmie z dnia 29 lipca 2019 r. rozszerzyła wniosek o czerwiec 2019 r. Organ rentowy nie wyraził jednak na to zgody. W tej sytuacji ubezpieczona w piśmie z dnia 20 września 2019 r. ponowiła wniosek o przywrócenie terminu, zwracając uwagę, że organ rentowy poinformował ją w piśmie z dnia 13 marca 2019 r., że na jej koncie istnieje nadpłata składek na ubezpieczenie zdrowotne, która została ona zaliczona na poczet bieżących należności. Organ rentowy ponownie odmówił zgody, a decyzją z dnia 18 listopada 2019 r. stwierdził, że ubezpieczona podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu między innymi w 2019 r. do dnia 12 stycznia, a następnie od dnia 1 marca do dnia 31 marca jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą. W uzasadnieniu tej decyzji organ rentowy podał, że składki za styczeń, luty, kwiecień i czerwiec 2019 r. nie zostały opłacone w ustawowym terminie płatności, za okres od kwietnia 2019 r. zostały również opłacone w zaniżonej wysokości, gdyż nie spełniając warunków do przyznania zasiłku, ubezpieczona zmniejszyła podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie za okresy niezdolności do pracy. Ponadto organ rentowy stwierdził, że do dnia 12 stycznia 2019 r. ubezpieczona miała prawo do świadczenia rehabilitacyjnego.

Sąd pierwszej instancji ustalił ponadto, że ubezpieczona opłaciła składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za styczeń i luty 2019 r. po terminie, a za okres od kwietnia do czerwca 2019 r. również częściowo po terminie, ponieważ zmniejszyła podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie, uznając, że przysługuje jej prawo do zasiłku chorobowego, jednak ostatecznie decyzją z dnia 27 maja 2019 r. odmówiono jej tego prawa. Ubezpieczona nie opłaciła pełnej składki w terminie za styczeń i luty 2019 r., ponieważ była chora do końca lutego 2019 r. Otrzymała świadczenie rehabilitacyjne za 12 dni stycznia. Prowadzona przez nią

działalność gospodarcza nie przynosiła stałego dochodu, ponadto pozostawała w zaufaniu do pracowników biura rachunkowego.

Powołując się na tak ustalony stan faktyczny sprawy, Sąd Okręgowy przyjął, że ubezpieczona była objęta dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowemu na swój wniosek, zgodnie z art. 11 ust. 2 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (dalej jako ustawa systemowa). Organ rentowy uznał wszakże, że ubezpieczenie to ustało w okresie od dnia 13 stycznia 2019 r. do dnia 28 lutego 2019 r., a następnie od dnia 1 kwietnia 2019 r., ze względu na nieopłacenie składek w terminie w pełnej wysokości oraz niewyrażenie zgody na przywrócenie terminu do opłacenia składek na podstawie art. 14 ust. 2 pkt. 2 powołanej ustawy. Ubezpieczona nie opłaciła składek w terminie za styczeń i luty 2019 r. ze względu na wyżej ustalone okoliczności, natomiast zaniżenie a w konsekwencji opóźnienie w zapłacie składek w prawidłowej wysokości w okresie po marcu 2019 r. wynikało ze zmniejszenia podstawy wymiaru składek za okresy niezdolności do pracy, mimo że w efekcie uchybień dotyczących składek za styczeń i luty 2019 r. organ rentowy uznał, że ubezpieczona nie nabyła prawa do zasiłku ze względu na niepodleganie ubezpieczeniu.

Zdaniem Sądu Okręgowego, przy wzięciu pod uwagę, że ostatecznie ubezpieczona opłaciła składki w prawidłowej wysokości za cały 2019 r., postępowanie organu rentowego było nadmiernie restrykcyjne, a decyzja o odmowie przywrócenia terminu miała charakter arbitralny, nie była uzasadniona. Sąd pierwszej instancji podkreślił, że w orzecznictwie Sądu Najwyższego oraz sądów powszechnych na tle regulacji art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej jest wyrażany jednolity pogląd, w myśl którego przepis ten nie powinien być interpretowany z nadmiernym rygoryzmem, należy mieć na względzie dotkliwe skutki ustania w tym trybie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego przy jednoczesnej woli jego kontynuowania przez ubezpieczonego, który ostatecznie po terminie opłaca jednak składkę. Uprawnienie organu rentowego nie może być kwalifikowane jako uznaniowe, kompetencja dotycząca wyrażenia zgody na przywrócenie terminu do opłacenia składek powinna być wykonywana według sprawdzalnych kryteriów. Organ rentowy powinien też każdorazowo wyjaśniać, jakimi przesłankami kierował się, odmawiając wyrażenia zgody. W orzecznictwie

wskazuje się także, że przedsiębiorca odpowiada za błędy biura rachunkowego, z którego usług korzysta, jednak nie oznacza to, że w żadnej sytuacji błąd ten nie może być uznany za przyczynę uzasadniającą uwzględnienie wniosku. Opłacanie składek w niższej wysokości oznacza wolę kontynuowania ubezpieczenia. W okolicznościach faktycznych ustalonych w sprawie ubezpieczona nie opłaciła składek za styczeń i luty 2019 r. w terminie z powodu choroby oraz zaniedbań biura rachunkowego, ale przez cały 2019 r. wyrażała wolę kontynuowania ubezpieczenia chorobowego. Zaniżenie podstawy wymiaru składek w okresie po marcu 2019 r. wynikało z pozostawania w przekonaniu, że skoro dotychczas opłacała składki, to ma prawo do skorzystania z takiego mechanizmu w okresie niezdolności do pracy. Trzykrotnie składała wnioski o przywrócenie terminu, przy czym w odniesieniu do stycznia i lutego miały one charakter dorozumiany, wynikały z innych czynności przez nią podjętych, natomiast w pismach organu rentowego nie podano żadnych przyczyn odmowy wyrażenia zgody.

Sąd Apelacyjny – Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych we Wrocławiu wyrokiem z dnia 8 sierpnia 2022 r., wydanym na skutek apelacji wniesionej przez organ rentowy od wyroku Sądu pierwszej instancji, zmienił zaskarżony wyrok o tyle, że stwierdził, iż ubezpieczona podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu do dnia 30 września 2019 r., oddalił dalej idącą apelację oraz nie obciążył ubezpieczonej kosztami zastępstwa procesowego organu rentowego w postępowaniu apelacyjnym.

Sąd Apelacyjny uznał, że apelacja organu rentowego była częściowo uzasadniona. Istotnie Sąd pierwszej instancji w wyroku nie określił bowiem daty końcowej podlegania przez ubezpieczoną dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Sąd Apelacyjny, ustalając datę końcową podlegania temu ubezpieczeniu, doszedł natomiast do wniosku, że tą datą winien być dzień 30 września 2019 r.

Sąd drugiej instancji zauważył, że organ rentowy w decyzji z dnia 25 maja 2020 r. uznał, że ubezpieczona podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 1 października do dnia 30 listopada 2019 r. W uzasadnieniu tej decyzji stwierdzono zaś, że od dnia 1 października 2019 r. składki za październik i listopad 2019 r. zostały rozliczone w pełnej wysokości i w terminie, a

składki za grudzień 2019 r. i styczeń 2020 r. zostały opłacone w zaniżonej wysokości. Z powyższego wynika zatem, że nie było sporu co do podlegania przez ubezpieczoną dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu za okres od dnia 1 października do dnia 30 listopada 2019 r. Natomiast okres od dnia 1 grudnia 2019 r. powinien być wyjaśniany w ramach zaskarżenia decyzji organu rentowego z dnia 25 maja 2020 r. Nadto z informacji z dnia 5 listopada 2020 r. przesłanej przez organ rentowy oraz z pisma tego organu z dnia 17 lutego 2021 r. wynikało, że składki za okres od kwietnia do września 2019 r. zostały przez ubezpieczoną opłacone w prawidłowej wysokości. Opłacenie składek wynikało też z przedstawionych przez ubezpieczoną przelewów dołączonych do pisma z dnia 11 stycznia 2021 r. Ubezpieczona, opłacając składki, przez cały ten okres wyrażała zatem wolę podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

W zakresie zmniejszenia podstawy wymiaru składki za okresy niezdolności do pracy i kwestii wyrażenia przez organ rentowy zgody na opłacenie składki po terminie, Sąd Apelacyjny podzielił z kolei poglądy zaprezentowane przez Sąd pierwszej instancji w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku. Dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, poza przypadkami złożenia wniosku o wyłączenie z ubezpieczenia (art. 14 ust. 2 pkt 1 ustawy systemowej według stanu prawnego na dzień wydania zaskarżonej decyzji i wyroku Sądu pierwszej instancji) oraz ustania tytułu ubezpieczenia (art. 14 ust. 2 pkt 3 tej ustawy według stanu prawnego na dzień wydania zaskarżonej decyzji i wyroku Sądu pierwszej instancji), które w rozpoznawanej sprawie nie miały miejsca, ustaje bowiem wówczas, gdy nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie. Tylko zaniechanie zapłaty składki w terminie wyraża więc wolę zaprzestania podlegania ubezpieczeniu, zaś opłacenie składki wiąże się z wolą jego kontynuowania. Opłacenie przez ubezpieczoną składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe zgodnie z zadeklarowaną podstawą w terminie do tego przewidzianym należało więc traktować jako wolę trwania tego ubezpieczenia. Nadto należało przypomnieć, że ubezpieczona za pośrednictwem biura rachunkowego proporcjonalnie pomniejszyła podstawę wymiaru składek za okresy niezdolności do pracy. Dlatego odmowa przyznania prawa do zasiłku chorobowego spowodowała, że podstawa wymiaru składek została - według organu rentowego - zaniżona niezasadnie.

Jednakże organ rentowy odmówił prawa do zasiłku właśnie z uwagi na ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w związku z niezapłaceniem składek w pełnej wysokości.

Przepis art. 18 ust. 10 ustawy systemowej zezwala natomiast na proporcjonalne zmniejszenie podstawy wymiaru składek, jeśli na część miesięcznego okresu rozliczeniowego przypada niezdolność do pracy i ubezpieczony spełnia warunki przyznania zasiłku. Wprawdzie przepis nie precyzuje, w jakiej dacie i za jaki okres ubezpieczony powinien spełniać warunki do przyznania zasiłku, jednak nie powinno budzić wątpliwości, że skoro chodzi o proporcjonalne miarkowanie podstawy wymiaru składek o konkretną część miesiąca (to jest tę, na którą przypada niezdolność ubezpieczonego do pracy), to spełnienie warunków do przyznania zasiłku z tytułu owej niezdolności musi obejmować cały ten okres. Wymaga też podkreślenia, że przepis ten stanowi o zmniejszeniu podstawy wymiaru składki w przypadku niezdolności do pracy trwającej przez część miesiąca, jeżeli z tego tytułu ubezpieczony spełnia warunki do przyznania zasiłku. Ustawodawca łączy zatem prawo do proporcjonalnego zmniejszenia podstawy wymiaru składki z trwającym przez część miesiąca okresem niezdolności do pracy i spełnieniem przez ubezpieczonego warunków do przyznania zasiłku za ten okres, a nie z okresem, za jaki faktycznie przyznano i wypłacono zasiłek chorobowy. Powołany przepis uniezależnia więc decyzję płatnika o zastosowaniu instytucji miarkowania podstawy wymiaru składek od istnienia i treści deklaracyjnych decyzji organu rentowego w przedmiocie realizacji prawa ubezpieczonego do zasiłku z ubezpieczenia chorobowego, które mogą zapaść i z reguły zapadają w innym czasie.

W opinii Sądu Apelacyjnego, należało zatem uznać za Sądem Okręgowym, że skoro niewyrażenie przez organ rentowy zgody na opłacenie składki po terminie było niezasadne, to tym samym wpłaty dokonane po terminie spowodowały uznanie kontynuacji dobrowolnego ubezpieczenia społecznego do momentu wydania kolejnej decyzji ustalającej okresy podlegania temu ubezpieczeniu.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Opolu wniósł do Sądu Najwyższego skargę kasacyjną od wyroku Sądu Apelacyjnego z dnia 8 sierpnia 2022 r., zaskarżając ten wyrok w punkcie I, w części dotyczącej daty, do której

ubezpieczona winna podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu oraz w pkt II i III i zarzucając w tym zakresie naruszenie przepisów postępowania, to jest art. 477⁹ § 1 k.p.c., art. 477¹⁰ § 1 k.p.c. i art. 476 § 2 pkt 1 k.p.c. w związku z art. 321 § 1 k.p.c., wyrażające się w wykroczeniu przez Sąd drugiej instancji poza zarzuty i wnioski odwołania oraz zakres zaskarżonej decyzji, albowiem uchybienie to miało istotny wpływ na wynik sprawy, co przyczyniło się do ustalenia błędnej daty podlegania przez ubezpieczoną dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej.

Powołując się na tak sformułowany zarzut kasacyjny, skarżący wniósł: 1) o uchylenie zaskarżonego wyroku w punkcie I, w części dotyczącej stwierdzenia, że ubezpieczona podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od dnia 1 lipca 2019 r. do dnia 30 września 2019 r. oraz w pkt II i III oraz o rozstrzygnięcie sprawy co do istoty przez zmianę orzeczenia i stwierdzenie, że ubezpieczona podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu do dnia 30 czerwca 2019 r.; 2) ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy Sądowi drugiej instancji do ponownego rozpoznania; 3) o orzeczenie o kosztach dotychczasowego postępowania według norm przepisanych.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Wniesiona przez skarżącego skarga kasacyjna, niezależnie od trafności podniesionego w niej zarzutu, nie kwalifikuje się do merytorycznego rozpoznania.

Sąd Najwyższy przypomina, że zgodnie z art. 398² § 1 k.p.c. skarga kasacyjna jest niedopuszczalna w sprawach o prawa majątkowe, w których wartość przedmiotu zaskarżenia jest niższa niż pięćdziesiąt tysięcy złotych, a w sprawach z zakresu prawa pracy i ubezpieczeń społecznych - niższa niż dziesięć tysięcy złotych. Jednakże w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych skarga kasacyjna przysługuje niezależnie od wartości przedmiotu zaskarżenia w sprawach o przyznanie i o wstrzymanie emerytury lub renty oraz o objęcie obowiązkiem ubezpieczenia społecznego. Niezależnie od wartości przedmiotu zaskarżenia skarga kasacyjna przysługuje także w sprawach o odszkodowanie z tytułu

wyrządzenia szkody przez wydanie prawomocnego orzeczenia niezgodnego z prawem.

Nie może budzić wątpliwości, że sprawa, w której skarżący wniósł skargę kasacyjną jest sprawą o ustalenie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, przy czym na etapie postępowania kasacyjnego chodzi wyłącznie o podleganie temu ubezpieczeniu w okresie od dnia 1 lipca 2019 r. do dnia 30 września 2019 r. Jest to więc sprawa, w której przedmiot rozpoznania stanowi podleganie (objęcie) jednemu z ubezpieczeń społecznych. Tyle tylko, że – wbrew stanowisku zaprezentowanemu przez skarżącego w uzasadnieniu skargi kasacyjnej – nie jest to sprawa o objęcie obowiązkiem ubezpieczenia społecznego, w której skarga kasacyjna przysługuje niezależnie od wartości przedmiotu zaskarżenia.

Sąd Najwyższy zauważa, że w jego orzecznictwie ugruntowane jest stanowisko, zgodnie z którym w sprawie z odwołania od decyzji organu rentowego jej treść wyznacza przedmiot i zakres rozpoznania oraz orzeczenia sądu pracy i ubezpieczeń społecznych (por. uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 14 marca 2014 r., I UZP 4/13, LEX nr 1469177; wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 6 września 2000 r., II UKN 685/99, OSNAPiUS 2002 nr 5, poz. 121; z dnia 23 kwietnia 2010 r., II UK 309/09, LEX nr 604210; z dnia 7 kwietnia 2011 r., LEX nr 863946; z dnia 26 maja 2011 r., II UK 360/10, LEX nr 901610; z dnia 2 lutego 2012 r., II UK 275/11, LEX nr 1215286; z dnia 7 maja 2013 r., I UK 12/13, LEX nr 1331260; z dnia 23 kwietnia 2010 r., II UK 309/09, LEX nr 604210; z dnia 18 lutego 2010 r., III UK 75/09, OSNP 2011 nr 15-16, poz. 215 oraz postanowienia Sądu Najwyższego: z dnia 13 maja 1999 r., II UZ 52/99, OSNAPiUS 2000 nr 15, poz. 601; z dnia 20 stycznia 2010 r., LEX nr 583831; z dnia 2 marca 2011 r., II UZ 1/11, LEX nr 844747; z dnia 10 marca 2011 r., III UZ 1/11, LEX nr 846597; z dnia 5 sierpnia 2011 r., III UZ 17/11, LEX nr 1422061; z dnia 26 stycznia 2012 r., I UK 310/11, LEX nr 1215418 i z dnia 22 lutego 2012 r., II UK 275/11, LEX nr 1215286; zob. też M. Szymanowski: Decyzja zamienna organu rentowego, Radca Prawny, Zeszyty naukowe 2019 nr 3, s. 5 oraz P. Prusinowski: Ponowne ustalenie prawa do świadczeń a granice weryfikacji ostatecznych decyzji w sprawach rentowych [w:] Prawo ubezpieczeń społecznych. Wybrane problemy, pod red. M. Czuryk i

K. Naumowicz, Olsztyn 2016, s. 51). W wyroku z dnia 9 czerwca 2021 r., II USKP 58/21 (OSNP 2022 nr 3, poz. 30) Sąd Najwyższy uznał zaś, że zapatrywanie to trzeba doprecyzować i stwierdzić, że przedmiot sporu w sprawach ubezpieczeniowych determinuje w pierwszej kolejności zakres decyzji organu rentowego zaskarżonej do sądu ubezpieczeń społecznych, a w drugim rzędzie zakres odwołania od tej decyzji, ponieważ - rozpoznając odwołanie od decyzji organu rentowego - sąd ubezpieczeń społecznych rozstrzyga o zasadności odwołania w granicach wyznaczonych, z jednej strony, zakresem samego odwołania, a z drugiej przez przedmiot decyzji (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 6 września 2000 r., II UKN 685/99, OSNAPIUS 2002 nr 5, poz. 121; z dnia 1 września 2010 r., III UK 15/10, LEX nr 667499; z dnia 9 września 2010 r., II UK 84/10, LEX nr 661518 oraz postanowienia Sądu Najwyższego: z dnia 13 maja 1999 r., II UZ 52/99, OSNAPIUS 2000 nr 15, poz. 601 i z dnia 13 października 2009 r., II UK 234/08, LEX nr 553692; z dnia 2 marca 2011 r., II UZ 1/11, LEX nr 844747; z dnia 18 lutego 2010 r., III UK 75/09, OSNP 2011 nr 15-16, poz. 215; z dnia 3 lutego 2010 r., II UK 314/09, LEX nr 604214).

W orzecznictwie Sądu Najwyższego utrwalony jest również pogląd prawny, w myśl którego użyte w art. 398² § 1 zdanie drugie k.p.c. określenie „objęcie obowiązkiem ubezpieczenia” odnosi się do ubezpieczenia obowiązkowego, a nie dobrowolnego i w związku z tym o dopuszczalności skargi kasacyjnej w sprawie o podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu decyduje wartość przedmiotu zaskarżenia (por. postanowienia Sądu Najwyższego: z dnia 8 marca 2017 r., II UZ 80/16, LEX nr 2261739; z dnia 24 października 2017 r., II UZ 69/17, LEX nr 2427171; z dnia 19 kwietnia 2018 r., II UZ 9/18, LEX nr 2549198; z dnia 7 października 2021 r., II UZ 8/21, LEX nr 372372218 listopada 2020 r., III UK 442/19 (LEX nr 3080640). W postanowieniu z dnia 4 listopada 2003 r., II UZ 91/03 (LEX nr 1129286) Sąd Najwyższy przyjął z kolei, że w sprawach dotyczących objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym dopuszczalność skargi kasacyjnej uzależniona jest od wartości przedmiotu zaskarżenia, ponieważ określenie przedmiotu sprawy, którego dotyczy wyłączenie zawarte w art. 398² § 1 zdanie drugie k.p.c., nawiązuje do ustawowej regulacji tego przedmiotu. Określenie „objęcie obowiązkiem ubezpieczenia społecznego” odnosi się do definicji tego

pojęcia zawartej w ustawie systemowej. Ustawa ta rozróżnia zaś obowiązkowe ubezpieczenia emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe, określone w art. 6, art. 6a ust. 1, art. 6b ust. 1, art. 11 ust. 1 i art. 12 ust. 1, od dobrowolnych ubezpieczeń emerytalnych i rentowych, o których mowa w art. 7, oraz dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego uregulowanego w art. 11 ust. 2. Jeżeli dojdzie do dobrowolnego ubezpieczenia emerytalnego, rentowego lub chorobowego, to nie zmienia się ono w ubezpieczenie obowiązkowe. Warunki powstania dobrowolnego ubezpieczenia, jego kontynuowania i ustania uregulowane są w art. 14 ustawy systemowej, który jest regulacją odrębną od zasad obowiązujących przy ubezpieczeniu obowiązkowym. Użyty w art. 398² § 1 zdanie drugie k.p.c. zwrot „objęcie obowiązkiem ubezpieczenia” odnosi się do zatem ubezpieczenia obowiązkowego, a nie dobrowolnego (taki pogląd wyrażono również między innymi w postanowieniach Sądu Najwyższego: z 8 marca 2017 r., II UZ 80/16, LEX nr 2261739; z 24 października 2017 r., I UZ 69/17, LEX nr 2427171; z 19 kwietnia 2018 r., II UZ 9/18, LEX nr 2549198). Został on także zaaprobowany w uchwale składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 20 stycznia 2022 r., III UZP 8/21 (OSNP 2022 nr 8, poz. 78).

Uwzględniając przedstawione wyżej poglądy oraz odnosząc je do sprawy, w której skarżący wniósł skargę kasacyjną, Sąd Najwyższy zauważa, że w skardze tej wartość przedmiotu zaskarżenia została oznaczona w kwocie 169 zł. Nie ulega zatem wątpliwości, że jest to kwota niższa od wymaganej przez art. 398² § 1 zdanie pierwsze k.p.c. Zważywszy z kolei na zakres (czasowy) zaskarżenia opisany w skardze, trzeba stwierdzić, że nie chodzi w nim o okres, za który ubezpieczona domagałaby się zasiłku chorobowego lub innego świadczenia z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. W sprawie nie znajdzie więc zastosowania pogląd prawny wyrażony w powołanej uchwale składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 20 stycznia 2022 r., III UZP 8/21, zgodnie z którym w sprawie z odwołania od decyzji organu rentowego o niepodleganiu dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu (art. 11 ust. 2 ustawy systemowej) wartość przedmiotu zaskarżenia jest ustalana jako suma świadczeń z ubezpieczenia chorobowego za sporny okres, nie więcej niż za rok (art. 22 k.p.c.). Jak wyjaśnił bowiem Sąd Najwyższy w uzasadnieniu tej uchwały, można stwierdzić, że w sprawach o podleganie lub

niepodleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu (podobnie jak o podleganie lub niepodleganie innym ubezpieczeniom społecznym) wartość przedmiotu zaskarżenia ustalana jest zgodnie z art. 22 k.p.c., jednak to, jakie świadczenie będzie stanowiło podstawę obliczenia wartości przedmiotu sporu lub zaskarżenia (suma składek za sporny okres czy suma świadczeń z ubezpieczenia chorobowego), wymaga wcześniejszego ustalenia bezpośredniego przedmiotu sporu stron procesu. W sporach organu z płatnikiem składek o podleganie ubezpieczeniu będzie nią najczęściej zobowiązanie płatnika do opłacenia składek (ewentualnie podstawa ich ustalenia, czyli wysokość składek). Jeżeli natomiast spór jest bezpośrednio związany ze zmaterializowanym już ryzykiem, za świadczenie w rozumieniu art. 22 k.p.c. należy uznać potencjalne świadczenie z ubezpieczenia chorobowego wypłacane przez organ rentowy na rzecz ubezpieczonego (np. zasiłek chorobowy, zasiłek macierzyński) i do niego odnieść wartość przedmiotu zaskarżenia.

W sprawie takiej jak ta, w której skarżący wniósł skargę kasacyjną, wartość przedmiotu zaskarżenia będzie więc określać wysokość składek za sporny okres. Gdyby jednak przyjąć nawet, że ostatecznie w sprawie może chodzić o świadczenia z ubezpieczenia chorobowego potencjalnie przysługujące ubezpieczonej w spornym okresie, to i tak – zważywszy na wartość stopy procentowej składek na to ubezpieczenie wynoszącą 2,45% podstawy wymiaru (art. 22 ust. 1 pkt 3 ustawy systemowej) – wartość przedmiotu zaskarżenia nie osiągnęłaby kwoty 10.000 zł.

Kierując się przedstawionymi motywami oraz opierając się na podstawie art. 398⁶ § 3 k.p.c., Sąd Najwyższy orzekł jak w sentencji postanowienia.

[SOP]

r.g.

